

rapport

Rapport annuel de gestion

2010-2011

TABLE DES MATIÈRES

1. MESSAGE DES AUTORITÉS	4
2. DÉCLARATION DE FIABILITÉ	6
3. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	7
3.1. Mission	7
3.2. Structure de l'organisation	8
– Directeurs.....	8
– Chefs de programmes-clientèles et de programmes-diagnostiques	8
3.3. Contexte	9
– Activités ambulatoires.....	9
– Activités hospitalières	9
– Main-d'œuvre	10
– Clientèle étudiante.....	10
3.4. Caractéristiques de la population du territoire.....	11
3.5. Principales données de santé	11
3.6. Faits saillants	12
– Un plan stratégique actualisé pour la période 2011-2014	12
– Construction du Centre d'excellence en thérapie cellulaire	13
– HMR, leader en thérapie cellulaire.....	13
– Premier traitement de radiothérapie stéréotaxique crânienne à l'HMR.....	13
– Le projet d'un Centre de cancérologie à l'HMR.....	13
– Un Centre de recherche attractif	14
– Ouverture du LOCUM	14
– Honneur et distinctions	14
– Programme de préceptorat : le développement d'une expertise d'accompagnement et d'intégration en soins infirmiers	15
– Le réseau infirmier du RUIS de l'Université de Montréal.....	16
– Un centre d'information pour l'utilisateur et ses proches.....	16
– Culture et hôpital.....	17
4. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT	18
4.1. Description des services offerts.....	18
4.2. Principales modifications apportées durant l'exercice	19
– Un plan d'organisation ajusté	19
– Fermeture de l'unité de soins prolongés	20
– Effort de désengorgement de l'urgence	20
– Aménagement du temps de travail.....	21
– Le Centre d'excellence en soins infirmiers : viser la qualité et favoriser l'excellence en soins infirmiers	22
– Accès à la chirurgie	23

– Prévention et contrôle des infections	24
– Projet d’optimisation des équipes en soins infirmiers (POESI)	27
– Collaboration interprofessionnelle	28
– Rayonnement.....	28
4.3. Orientations stratégiques	29
4.4. Priorités d’action	29
4.5. Satisfaction de la clientèle	30
– Moyens mis en place pour évaluer la satisfaction de la clientèle	30
4.6. Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus	30
– Suivi de l’entente de gestion et d’imputabilité	30
– Suivi du retour à l’équilibre budgétaire 2013-2014 et réduction de la dette.....	32
– Cycle d’évaluation 2009-2012 d’Agrément Canada	32
– Sécurité des soins et services	33
– Recommandations du coroner	36
– Examen des plaintes et promotion des droits	36
5. CONSEILS OU COMITÉS DE L’ÉTABLISSEMENT	38
– Conseil d’administration	38
– Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).....	38
– Conseil des infirmières et infirmiers (CII).....	39
– Conseil multidisciplinaire (CM).....	41
– Comité de vigilance et de la qualité.....	42
– Comité des usagers	42
– Comité de gestion de la qualité et des risques	43
– Corporation de l’Hôpital Maisonneuve-Rosemont	44
– Comité d’éthique de la recherche	44
– Comité d’éthique clinique	46
6. LES RESSOURCES HUMAINES DE L’ÉTABLISSEMENT	48
7. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE COMPARATIVE DES RÉSULTATS ...	49
8. CODE D’ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE.....	50
ANNEXE 1 : Résultats et cibles concernant l’Entente de gestion	56
ANNEXE 2 : Extraits du rapport du vérificateur	57
ANNEXE 3 : Statistiques hospitalières.....	70

MESSAGE DES AUTORITÉS

Des médecins, des infirmières et des professionnels engagés, un personnel et des cadres dévoués ainsi que la motivation partagée d'offrir les meilleurs soins sont les facteurs qui unissent l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et consolident notre position d'hôpital de premier ordre.

La cohésion est l'un des défis d'une grande organisation comme la nôtre. Nous devons partager des objectifs communs pour donner un sens à nos efforts. C'est pourquoi, en continuité avec les orientations du précédent plan stratégique de l'hôpital (2007-2010), nous avons procédé, au cours du dernier exercice, à sa mise à jour sur un horizon de trois ans (2011-2014).

Huit grands enjeux, assortis d'objectifs clairs et de cibles destinés à mesurer l'avancement et l'atteinte des résultats recherchés, ont été définis.

La vision portée par l'HMR est celle d'un milieu de santé dynamique, novateur et attrayant visant l'excellence.

Des priorités qui s'imposent

Au chapitre des opérations hospitalières, les dossiers du contrôle des infections nosocomiales et de l'achalandage de l'urgence ont encore accaparé notre attention cette année. Nous avons progressé, mais ces enjeux demeurent des défis pour l'HMR.

Nous devons maintenir notre vigilance et nos efforts en 2012 pour continuer à améliorer notre situation.

Avec 23 632 hospitalisations, 16 180 chirurgies, 2 906 naissances et 355 587 visites ambulatoires, le dernier exercice fut très occupé. Néanmoins, malgré un niveau d'activité conséquent, l'HMR a obtenu en 2010 un agrément sans condition, ce qui démontre le haut niveau de qualité des services que nous offrons.

Dans le dossier de la main d'œuvre, nos objectifs d'embauche et de réduction du temps supplémentaire sont ambitieux et nous maintenons le cap. Le travail mené au sein de l'unité-pilote que sont les Urgences a donné des résultats prometteurs qui nous incitent à continuer le déploiement du programme d'aménagement du temps de travail. Par ailleurs, le récent dispositif de préceptorat pour les nouvelles recrues infirmières concourt à l'attraction et à la rétention de notre personnel.

Nous avons aussi proposé des approches nouvelles dans l'organisation du travail, notamment par le déploiement du projet POÉSI qui améliore la cohésion des équipes de soins et par l'aménagement du temps de travail qui offre plus de souplesse à ceux qui le souhaitent. La qualité des soins s'en trouve améliorée comme elle l'est par notre lutte acharnée contre les infections nosocomiales.

Des équipements de haut niveau

Nous nous donnons également les moyens de nos ambitions en améliorant nos installations : la rénovation de l'Urgence commencera l'an prochain, la dialyse sera relogée, des réaménagements sont prévus aux blocs opératoires, les ouvriers achèvent de bâtir le Centre d'excellence en thérapie cellulaire alors que le 3e étage de la Polyclinique a accueilli ses nouveaux occupants.

Notre vision au bénéfice du patient

Offrir le meilleur au patient c'est aussi prévoir ses besoins. Le vieillissement de la population nous oblige à nous ajuster. Ainsi, la hausse de l'incidence du cancer nous force à prévoir une capacité d'accueil adaptée à cette clientèle, notre projet de Centre de cancérologie répond à cette réalité.

Les maladies de l'œil sont également en croissance, notamment chez les patients âgés. Or, la création du Centre d'excellence en santé de la vision s'appuie aussi sur cette réalité démographique.

Finalement, nos patients et les équipes qui les soignent méritent des installations modernes. C'est ce que prévoit notre plan maître immobilier en cours d'élaboration et qui devrait être complété à l'automne.

Ce plan vise à répondre à l'ensemble de nos besoins immobiliers pour nos trois missions, soins, enseignement et recherche.

La mise en œuvre de ce plan se fera bien sûr graduellement et, à terme, permettra de soigner nos patients de l'Est de Montréal ou d'ailleurs, et à tout notre personnel de travailler dans un environnement de grande qualité et très sécuritaire.

Pierre Desrochers

Président du conseil d'administration

Manon Boily

Directrice générale

1. DÉCLARATION DE FIABILITÉ

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration.

De plus, je me suis assurée que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2010-2011 de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2011.

Manon Boily
Directrice générale

2. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

L'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR) offre une gamme complète de services généraux, spécialisés et surspécialisés à une clientèle de tous âges. Ses quelque 5 400 employés et médecins œuvrent dans un milieu vivant et chaleureux pour répondre aux besoins de la population de l'Est de Montréal et même bien au-delà, puisque l'HMR a une vocation suprarégionale.

Affilié à l'Université de Montréal, l'HMR est aussi un haut lieu de savoir et d'innovation en matière d'enseignement et de recherche. On y réalise chaque année plus de 4 000 stages offerts aux étudiants, futurs médecins, infirmières et professionnels de la santé. De nombreuses recherches scientifiques et médicales sont aussi menées pour développer de nouveaux traitements, donnant ainsi espoir aux personnes atteintes de maladies actuellement incurables.

Parmi les nombreuses spécialités développées à l'HMR, trois secteurs cliniques se démarquent particulièrement et constituent des axes d'excellence :

- L'HMR regroupe la plus importante équipe de médecins et de chercheurs au Québec en ophtalmologie; il dispose d'un très grand nombre d'équipements de haute technologie et poursuit des recherches de pointe dans ce domaine.
- Le niveau d'excellence du secteur de l'hémato-oncologie a permis de développer la plus grande expertise au Québec en transplantation de cellules souches hématopoïétiques. Ainsi, l'HMR disposera dès 2012 d'un Centre d'excellence en thérapie cellulaire regroupant les meilleurs médecins et chercheurs de ce domaine d'avenir.
- L'expertise de l'HMR en néphrologie est également reconnue. Les recherches menées dans ce domaine permettent de développer des traitements pour soigner l'insuffisance rénale et les maladies liées à celle-ci, comme le diabète et l'hypertension artérielle.

3.1. Mission

Ensemble, offrir des soins de qualité à nos patients par des pratiques cliniques novatrices et collaboratives, intégrant le partage des connaissances, l'enseignement et la recherche.

3.2. Structure de l'organisation

Depuis maintenant onze ans, l'HMR fonctionne selon le modèle de gestion par programmes. Ce type de structure regroupe, au sein de différents programmes, l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières dédiées à une clientèle spécifique présentant des besoins homogènes. De l'avis général, cette approche donne lieu à une pratique des plus stimulantes sur les plans clinique et professionnel, encourageant les échanges et la contribution spécifique de chaque intervenant à travers des équipes interdisciplinaires.

– Directeurs

Manon BOILY

Directrice générale

Ginette BÉLEC

Directrice générale adjointe

Louise CHÂTEAUVERT

Directrice des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire des soins et services

Louis SAUVAGEAU

Directeur des services techniques

Sylvie BÉNARD

Directrice des ressources humaines

Maryse ST-ONGE

Directrice des services multidisciplinaires

Chantal BÉNARD

Directrice adjointe aux programmes-clientèles

François BROCHU

Directeur des communications

Réjean BILODEAU

Directeur des ressources financières, technologiques et informationnelles

Dr Jacques BERNIER

Directeur de l'enseignement

Dr Denis Claude ROY

Directeur de la recherche

Dr Francis MÉTHOT

Directeur des services professionnels et des affaires médicales

– Chefs de programmes-clientèles et de programmes-diagnostiques

Programmes

Biologie médicale

Chirurgie

Imagerie médicale

Médecine

Oncologie

Ophthalmologie

Personnes âgées

Première ligne

Santé de la femme et de l'enfant

Santé mentale

Chef médical

Michel LAVERDIÈRE

Françoise HEYEN

Robert FILION

Jean-François TREMBLAY

Julie BEAUDET

François CODÈRE

Poste vacant

Éric GAGNON

Charles HAMAOU

Daniel ST-LAURENT

Chef clinico-administratif

Hélène DESJARDINS

Guylaine MARQUIS

Guylaine BOUCHARD

Lise DUBÉ

Claudine LANCTÔT

Nathalie BEAUDOIN

Poste vacant

Sylvie PAQUET

France CHOQUETTE

Sylvie SOULIÈRE

3.3. Contexte

Comptant 627 lits de courte durée, l'HMR dessert un bassin d'environ un demi-million de personnes résidant dans l'Est de Montréal, auquel s'ajoute une clientèle en provenance des couronnes nord et sud de l'île, et même des autres régions du Québec pour certains soins médicaux surspécialisés. Suite à la fermeture de l'unité de soins prolongés (cf partie 4.2), l'HMR ne dispose plus de lits de longue durée.

– Activités ambulatoires

Les volumes d'activité sont légèrement en baisse du côté ambulatoire, le nombre de visites en cliniques externes et en médecine de jour se chiffrent à 355 587, une baisse de 0,6 % par rapport à l'exercice précédent.

Nombre de visites ambulatoires et en médecine de jour

<i>Activités ambulatoires</i>	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2010-2011</i>
- Unité de médecine familiale	21 331	21 215	21 785
- Pédiatrie	36 376	35 306	33 212
- Ophtalmologie	56 927	61 754	62 393
- Médecine	71 611	72 272	70 067
- Médecine de jour	32 205	30 843	32 066
- Hémato-oncologie	44 034	43 217	44 864
- Gynécologie – Obstétrique	26 829	27 845	24 620
- Chirurgie – Urologie – Cystoscopie	52 995	50 208	51 508
- Autres	14 682	14 902	15 072
Total	356 990	357 562	355 587

Du côté de l'urgence, on compte un total de 61 823 visites lors du dernier exercice (en excluant l'ophtalmologie et la psychiatrie), soit une légère hausse de 1 % par rapport à l'exercice précédent. Ces résultats sont attribuables à des ententes avec les cliniques-réseau permettant de réorienter les cas plus légers et au fait que la clientèle pédiatrique utilise les services de la clinique externe du pavillon Rosemont.

– Activités hospitalières

Le nombre d'admissions de courte durée a augmenté de 3,8 % ainsi que la durée moyenne de séjour qui s'établit à 8,65 jours (8,37 jours en 2009-2010).

Notons que le nombre d'admissions de courte durée avait baissé de 4,2 %, lors de l'exercice précédent.

Selon les archives médicales, 35 957 nouveaux dossiers ont été créés au cours de l'exercice 2010-2011, ce qui représente une moyenne de 98,5 créations de dossiers au quotidien, un chiffre qui illustre bien l'achalandage de l'établissement.

Activités hospitalières de courte durée

	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2010-2011</i>
<i>Admissions</i>			
<i>Courte durée</i>	<i>20 283</i>	<i>19 427</i>	<i>20 163</i>
<i>Jours-présence</i>	<i>165 126</i>	<i>164 266</i>	<i>174 320</i>
<i>Séjour moyen</i>	<i>8,14</i>	<i>8,37</i>	<i>8,65</i>

– Main-d'œuvre

Au 31 mars 2011, l'HMR comptait 4 954 employés, soit une diminution de 0,5 % par rapport à 2009-2010.

79 % des employés sont des femmes et 21 % sont des hommes. Ces pourcentages sont identiques à 2008-2009 et 2009-2010. Nous notons une prédominance particulière de femmes dans la catégorie du personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires à 90 %. Les hommes sont plus présents dans la catégorie du personnel paratechnique, des services auxiliaires et de métiers à 39 %.

La répartition de la main-d'oeuvre par groupe d'âge est assez stable d'année en année, soit, 39% de 16-34 ans, 34% de 35-49 ans, 15% de 50-54 ans et 12% de 55 ans et plus. Nous notons la présence d'une dynamique intergénérationnelle.

– Clientèle étudiante

Bien que la compilation finale des stagiaires et étudiants de toutes les disciplines accueillis en 2010-2011 ne soit pas terminée, nous savons déjà que l'HMR a reçu près de 4 000 stagiaires dont 549 résidents, 783 stages d'externat et 119 étudiants de la Faculté de médecine. La croissance de nos cohortes de résidents démontre le rayonnement de notre hôpital. Elle assure, de plus, un enseignement pyramidal dynamique et enrichissant.

3.4. Caractéristiques de la population du territoire

– Le bassin de desserte

En 2009, la population de l'Est de Montréal se situait à environ 668 000 personnes.

Le bassin de desserte immédiat (CSSS Lucille-Teasdale et CSSS de la Pointe-de-l'Île) comporte environ 374 000 personnes.

Les autres CSSS de l'Est de Montréal (Ahuntsic et Montréal-Nord et Saint-Léonard et Saint-Michel) comptent environ 294 000 personnes.

Les personnes âgées de 65 ans et plus comptent pour 16 % de la population du bassin de desserte immédiat, les autres CSSS de l'Est de Montréal 17 % comparativement à 15 % pour la région de Montréal.

D'ici dix ans, la croissance de la population de l'est de Montréal sera d'environ 6 %.

Par contre la croissance démographique des régions du 450 sera significative, soit de l'ordre de 12 % et aura un impact sur l'achalandage de l'HMR. La croissance du nombre de personnes de 65 ans et plus sera beaucoup plus marquée dans ces régions périphériques comparativement à l'ensemble du Québec.

(Source : Projections de population à partir des données de l'ISQ – édition 2009– Rapport final – Plan clinique, 19 novembre 2010).

3.5. Principales données de santé

– Les caractéristiques populationnelles

- L'incidence plus élevée du cancer du poumon et colorectal sur le territoire desservi par rapport à l'ensemble de Montréal.
- Une mortalité plus élevée de toutes causes, la mortalité par cancer et la mortalité dues aux problèmes respiratoires et de maladies circulatoires sur le territoire de l'Est de Montréal comparativement à l'ensemble de Montréal.
- Pour les hospitalisations, les diagnostics les plus prévalents observés auprès des résidents des territoires des CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île pour lesquels l'HMR est désigné hôpital de proximité sont : infarctus du myocarde, tumeur maligne des voies respiratoires, insuffisance cardiaque.

- L'insuffisance cardiaque, le diabète et l'asthme constituent les principales causes d'hospitalisations évitables où les taux sont supérieurs sur les territoires des CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île par rapport aux taux régionaux.

(Source : Fichiers des décès et des tumeurs, MSSS : service du développement de l'information, MSSS – Rapport final - Plan clinique, 19 novembre 2010).

– La provenance de la clientèle

Le taux d'hospitalisation par 1000 personnes de la population de l'Est de Montréal (81-83) est plus élevé que la moyenne régionale qui se situe à 75. L'HMR montre un taux global de rétention d'environ 30 % sur les hospitalisations de la population de son territoire de desserte.

(Source : HMR, données Med-Écho locales – Rapport final – Plan clinique, 18 février 2010).

– Les niveaux d'accès

Pour les trois dernières années, on observe en médecine une hausse de 11 % dans les hospitalisations de niveau local, une baisse sensible pour le niveau régional.

En chirurgie, la répartition des hospitalisations par niveau est demeurée stable.

3.6. Faits saillants

– Un plan stratégique actualisé pour la période 2011-2014

C'est en continuité avec les orientations du précédent plan stratégique de l'hôpital (2007-2010) que le conseil d'administration a convenu de procéder à sa mise à jour sur un horizon de trois ans.

Cette mise à jour, entérinée le 15 février 2011, résulte d'une réflexion partagée des principaux acteurs de l'organisation. Le comité de coordination des programmes, l'assemblée des chefs de département, l'exécutif du CMDP, les comités conseils (CII, CM), les syndicats, l'APER, les directeurs individuellement et le comité de direction ont été consultés et parties prenantes à cette réflexion.

Le but de cet exercice a été de consolider et mettre à jour les orientations stratégiques en vue de l'atteinte d'une vision renouvelée de l'HMR et de mobiliser l'ensemble de l'organisation autour de cette vision.

– Construction du Centre d'excellence en thérapie cellulaire

Les travaux préparatifs des phases 1, 2 et 3 sont terminés. La construction a débuté en septembre 2010 par l'implantation des pieux ce qui servira à soutenir l'ensemble du bâtiment. Il sera composé de deux étages dédiés à la recherche clinique et au développement de cellules. Les systèmes mécaniques et électriques installés aux deux autres étages permettront de répondre aux exigences canadiennes, américaines et européennes en matière de production de cellules.

Doté d'infrastructures et d'équipements hautement sophistiqués, l'ouverture de ce complexe unique au Canada est prévue pour la fin de 2011. Il permettra la conduite de recherches et d'applications de pointe sur les cellules souches et, l'exploitation de leur immense potentiel thérapeutique, confirmant le rôle de leader de l'HMR dans ce domaine.

– HMR, leader en thérapie cellulaire

En avril 2010, le laboratoire de thérapie cellulaire de l'HMR s'est associé au centre hospitalier de l'Université de Montréal pour réaliser la première injection intra-myocardique de cellules souches au Canada.

L'HMR démontre ainsi une expertise unique en thérapie cellulaire qui, dans ce cas précis, est mise au service de la cardiologie.

– Premier traitement de radiothérapie stéréotaxique crânienne à l'HMR

Le 19 août 2010 marquait une date importante pour le programme d'oncologie puisqu'un premier traitement de radiothérapie stéréotaxique intracrânienne a été réalisé. Il s'agissait là d'une avancée technologique majeure au service de radio-oncologie.

– Le projet d'un Centre de cancérologie à l'HMR

Fidèle à sa mission et à sa culture d'innovation, l'HMR souhaite mettre sur pied un Centre de cancérologie. Il s'agit d'un projet porteur et structurant pour notre établissement et essentiel pour la population que nous desservons. Ce projet puisera dans les aspects d'excellence de l'HMR en

oncologie, que cela soit en clinique, en recherche et avec le développement du CETC, pour créer une synergie qui profitera à son bassin de population.

– Un Centre de recherche attractif

Nos chercheurs ont brillé par une productivité scientifique en hausse, des publications dans des revues prestigieuses et le recrutement de nouveaux talents.

Signalons l'arrivée du Dr Sylvain Chemtob, chercheur en dégénérescence maculaire. Un étage à la Polyclinique construit grâce au soutien de la Fondation permet d'abriter son laboratoire.

De même, le Dr Mike Sapienza s'est joint à l'HMR après avoir quitté le département d'ophtalmologie de l'Université d'Harvard.

L'équipe de recherche du Dr Gilbert Bernier a été au cœur de l'actualité grâce à une avancée majeure sur le cancer du cerveau.

Afin de favoriser un recrutement d'excellence dans les départements et programmes, le CMDP de l'HMR a créé en 2010 un programme de bourses de perfectionnement à l'intention des médecins résidents. Il y a investi une somme de 50 000 \$. La Fondation HMR a appuyé cette initiative en investissant aussi pour 2011 une somme de 50 000 \$ dans le programme, ce qui porte à 100 000 \$ la somme distribuée aux boursiers.

– Ouverture du LOCUM

Le Centre d'apprentissage des attitudes et habiletés cliniques (CAAHC) a été enrichi par l'ouverture officielle du Laboratoire d'ophtalmologie chirurgicale de l'Université de Montréal (LOCUM) le 16 novembre 2010. Ce plateau technique comporte maintenant deux parties : un « Drylab » où les résidents peuvent développer leurs habiletés chirurgicales à l'aide d'un simulateur EYESI et un « Wetlab » pour des simulations de chirurgie sur des tissus biologiques à l'aide des mêmes équipements et instruments qu'en salle d'opération. Le CAAHC compte maintenant quatre laboratoires d'enseignement.

– Honneur et distinctions

Lors de sa séance du 28 mars, le Conseil de l'Université de Montréal a donné suite aux recommandations du Comité de nomination en portant la Dre Hélène Boisjoly (Médecin, spécialiste de la transplantation de la cornée et maître en santé publique) à la tête de l'une des premières facultés de médecine en importance au Canada. C'est la première fois dans l'histoire des facultés de médecine du Québec qu'une femme occupera le poste de doyenne de la faculté de médecine.

Cet honneur a rejailli sur toute la communauté de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. La Dre Hélène Boisjoly et son équipe ont contribué à bâtir l'un des piliers de notre hôpital : le département d'ophtalmologie dont la réputation dépasse aujourd'hui les frontières du Québec.

Ils ont également été mis à l'honneur :

- Le Dr François Codère a été nommé président de la Société canadienne d'ophtalmologie ;
- Le Dr Maurice Thibault a reçu le prix Reconnaissance de la Société québécoise de gériatrie ;
- Le Dr Michel Laverdière a reçu le prix du Service distingué de l'Association de la microbiologie médicale et de l'inféctiologie du Canada ;
- El Bachir Affar a obtenu la prestigieuse bourse des Instituts de recherche en santé du Canada qui récompense les jeunes chercheurs les plus talentueux du Canada.

– Programme de préceptorat : le développement d'une expertise d'accompagnement et d'intégration en soins infirmiers

Le programme d'accompagnement et d'intégration en soins infirmiers, mis de l'avant au cours de l'année, est une innovation en termes de soutien clinique dans l'intégration de nos nouvelles recrues infirmières. Dans sa conception, il se démarque par un accompagnement individualisé basé sur des stratégies découlant des résultats de recherche dans le domaine.

Le programme permet l'ancrage de nombreux savoirs cliniques par des laboratoires d'apprentissage valorisant le développement des compétences, du jugement clinique et de la prise de décision. Ponctué par l'alternance entre les formations et l'application sur les unités de soins, il permet des transferts rapides des connaissances dans la pratique clinique.

Parallèlement à ces modalités pédagogiques, la formation des préceptrices et des leaders cliniques des unités de soins s'est avérée un préalable essentiel. L'acquisition de notions pédagogiques pour mieux superviser et enseigner représente un atout majeur à la réussite des modalités de préceptorat. De plus, le programme intègre une infirmière préceptrice senior qui accompagne les infirmières novices ainsi que les différents collaborateurs oeuvrant à la consolidation de ce programme.

Finalement, des journées scientifiques permettant aux novices et aux expertes cliniques de poursuivre leur développement professionnel sont

réalisées et assurent la pérennité, en terme de soutien et d'accompagnement professionnel, au sein d'une organisation apprenante et accueillante.

Suite à cette première phase d'implantation, nous savons pertinemment qu'il faut poursuivre nos efforts avec les équipes des programmes-clientèles car ce programme montre qu'il constitue un levier véritable pour l'attraction et la rétention de notre personnel.

– Le réseau infirmier du RUIS de l'Université de Montréal

Le 2 décembre 2010, dans le cadre de la journée annuelle de partenariat entre la faculté des sciences infirmières et les établissements partenaires qui s'est tenue à l'HMR, Mme Manon Boily, directrice générale et Mme Francine Girard, doyenne de la faculté ont lancé le Réseau infirmier du RUIS de l'Université de Montréal. Initiative déjà reconnue comme un projet novateur favorable à un partenariat et une synergie entre les établissements de santé et l'université et pour lequel le centre d'excellence en soins infirmiers de l'HMR exercera un leadership.

– Un centre d'information pour l'utilisateur et ses proches

L'exercice qui se termine aura permis à l'HMR d'améliorer son positionnement dans le réseau universitaire au niveau de l'enseignement, ce qui constituait une priorité organisationnelle en 2010-2011.

La direction de l'Enseignement souhaitait depuis un moment mieux soutenir l'enseignement aux patients et à leurs proches, leur permettre de développer des connaissances et des habiletés pour devenir des partenaires actifs de leur équipe de soins. De nombreux cliniciens nous parlaient de patients de plus en plus curieux qui cherchent dans l'Internet des réponses à leurs questions, des explications sur leur maladie ou leur traitement. Malheureusement, les patients ne trouvent pas toujours dans l'Internet des sources d'information scientifiquement valables. Ils ont donc besoin d'un soutien pour orienter leurs recherches vers des sources fiables et accessibles. La bibliothèque de l'HMR a donc mis sur pied un *Centre d'information pour l'utilisateur et ses proches*, le CIUP, qui leur offre ce service. Plus de 1 000 livres et publications médicales grand public, des bases de données médicales, des sites web sur la santé et des centaines de brochures et de dépliants sont rassemblés au sein de la bibliothèque de l'HMR dans un espace spécialement aménagé pour les patients et leurs proches. Consultation sur place, prêt de livres, aide à la recherche ou recherche personnalisée sur prescription sont autant de services disponibles. Tous les médecins et professionnels de la santé de l'HMR peuvent donc faire une prescription d'information pour diriger leur patient vers une bibliothécaire

expérimentée en santé. Inauguré le 17 mai 2011, le CIUP constitue une innovation des plus appréciées puisque l'HMR est le premier établissement de santé pour adultes à offrir un tel service à ses usagers.

– Culture et hôpital

En lien avec la Fondation HMR et la Fondation de l'art pour la guérison, l'hôpital a disposé, au sein de ses locaux (soins ambulatoires, département de médecine nucléaire, département de radio-oncologie), une vaste collection d'Art contemporain. L'objectif est d'humaniser l'espace et de créer un environnement propice à la guérison.

Progressivement, de nouvelles œuvres seront exposées dans les autres services de l'HMR qui soutient cette initiative de sensibilisation du grand public à l'Art.

4. ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

4.1. Description des services offerts

Au plan local, l'hôpital répond aux besoins de l'ensemble de la population de l'Est de l'île de Montréal et agit en tant qu'hôpital de première instance pour la population des territoires des CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île et, à ce titre, il remplit un rôle d'hôpital à vocation locale dans un partenariat de hiérarchisation des soins.

Au plan régional et suprarégional, l'hôpital est un milieu de référence pour la clientèle qui nécessite des soins spécialisés et ultraspecialisés, particulièrement dans ses axes d'excellence reconnus en hématologie, en oncologie médicale et chirurgicale, en néphrologie et greffe rénale et en ophtalmologie.

En tant qu'hôpital universitaire, l'hôpital participe à l'enseignement pré et postdoctoral des étudiants de la faculté de médecine et d'autres facultés de sciences de même qu'auprès d'étudiants des niveaux collégial et secondaire. Il s'investit dans des activités de recherche fondamentale, translationnelle et clinique, particulièrement dans ses axes d'expertise reconnus en concordance avec ses axes d'excellence cliniques ; ainsi que dans l'évaluation des technologies.

Dix programmes :

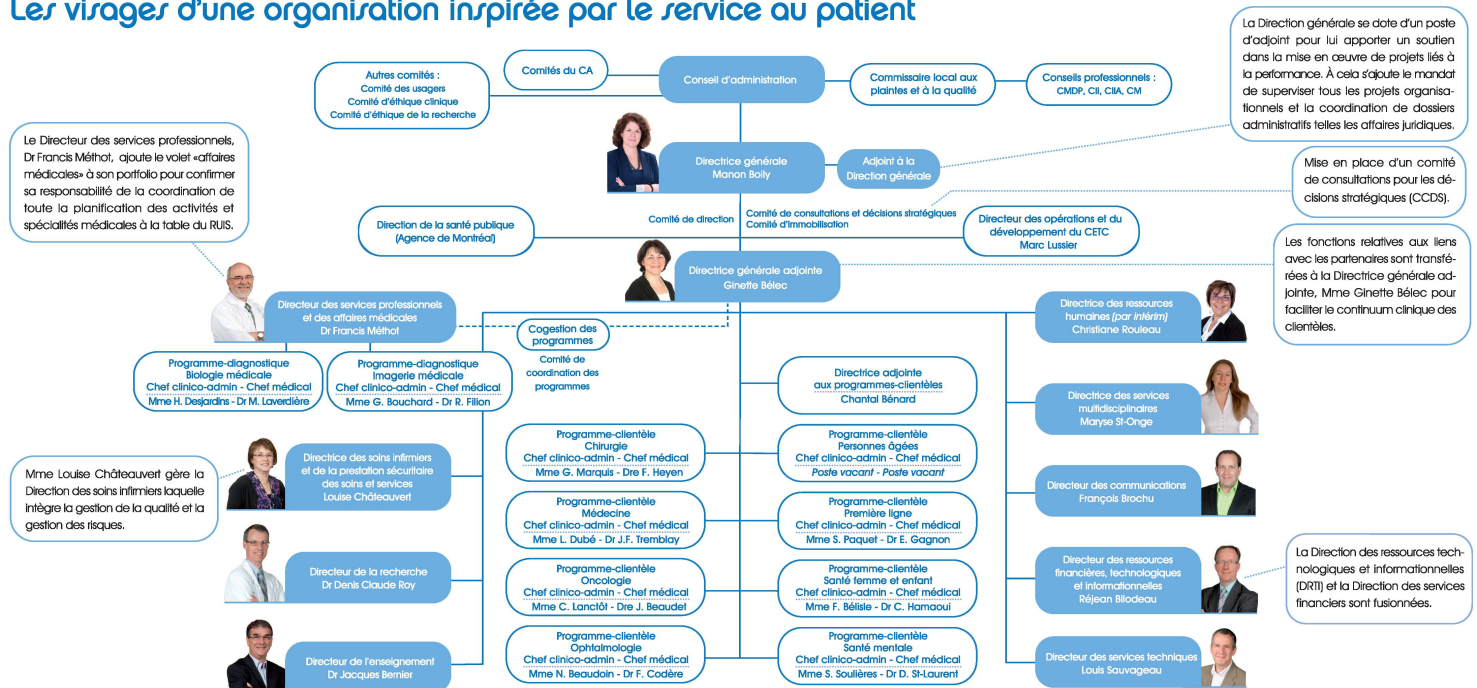
- Chirurgie
- Médecine
- Oncologie
- Ophtalmologie
- Personnes âgées
- Première ligne
- Santé de la femme et de l'enfant
- Santé mentale
- Biologie médicale
- Imagerie médicale

4.2. Principales modifications apportées durant l'exercice

– Un plan d'organisation ajusté

Le conseil d'administration a adopté l'hiver dernier certaines modifications au plan d'organisation pour l'encadrement supérieur. La décision d'adopter ces changements découle d'observations, de consultations et de réflexions entreprises depuis l'arrivée de Madame Manon Boily, directrice générale, en poste à l'automne 2009.

Les visages d'une organisation inspirée par le service au patient



Sont concernées par ces ajustements :

- la direction générale
- la direction des services professionnels et des affaires médicales
- la direction des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire des soins et services
- la direction des ressources financières, technologiques et informationnelles.

Résultantes d'importantes modifications ou de fusion de services, ces deux dernières directions ont également réalisé des changements dans leur structure interne afin d'établir leur organisation.

– Fermeture de l'unité de soins prolongés

Du 26 juillet jusqu'à la mi-décembre 2010, l'unité de soins prolongés (USP) a progressivement cessé son activité conformément aux directives de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

C'est donc directement à partir du pavillon Maisonneuve que la nouvelle clientèle qui se qualifiera au programme d'hébergement pour évaluation sera informée et prise en charge par les intervenants du CLSC pour la planification du départ vers la ressource du CSSS.

– Effort de désengorgement de l'urgence

Avec un total de 61 823 visites en 2010-2011, l'HMR demeure l'un des hôpitaux, au Québec, qui accueille le plus grand nombre d'utilisateurs via son urgence.

Cependant, le séjour global moyen des patients à l'urgence en 2010-2011 a diminué de deux heures par rapport à l'exercice précédent pour se situer à 32 heures. De même, le délai après une demande d'hospitalisation est demeuré stable à 20 heures, tandis que la moyenne de patients ayant séjourné plus de 48 heures s'est amélioré de 2% comparativement à l'an passé.

L'amélioration de la performance à l'Urgence demeure donc encore la grande priorité de l'établissement et mobilise toutes les équipes. En tout temps, l'évolution des indicateurs fait l'objet d'un suivi rigoureux afin d'assurer une planification optimale des congés, une prise en charge adaptée à la clientèle âgée et ainsi réduire les durées de séjour hors normes.

Des efforts majeurs sont notamment déployés pour libérer le plus rapidement possible les lits dans les unités d'hospitalisation, permettant ainsi aux patients de l'urgence d'obtenir une chambre.

Parallèlement, l'hôpital travaille avec ses partenaires du réseau pour maintenir une accessibilité aux places du programme d'hébergement pour évaluation ou en réadaptation ou encore favoriser le retour à domicile. Finalement, les efforts visant à contrer la pénurie de personnel commencent à porter fruit car il y a eu une diminution significative du temps supplémentaire obligatoire (TSO) en partie relié au succès du projet aménagement du temps de travail et de l'amélioration du climat de travail (cf ci-dessous). Nous pouvons maintenant affirmer que nous avons des candidates à l'exercice de la profession et des externes en soins infirmiers qui ont comme premier choix le service de l'urgence.

Mentionnons que le projet de réorientation de la clientèle P4-P5 poursuit ses travaux et procédera à l'intégration d'une nouvelle clinique-réseau Hochelaga dès le mois d'août. Plus de 7500 patients ont été référés vers les cliniques-réseau.

Statistiques de l'urgence

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Visites (excluant la psychiatrie et l'ophtalmologie)	68803	66010	61212	61823
Nombre d'ambulances	14830	15328	16455	16614
Séjour global moyen (en heures)	36	35	34	32
Séjour de 48 heures ou plus	28 %	25 %	25 %	22 %
Taux d'occupation des civières	122 %	114 %	118 %	118 %

Le taux d'occupation de la clientèle sur civière à l'urgence est demeuré très élevé au cours du dernier exercice, et le nombre d'ambulances est croissant. Il faut souligner à cet égard que l'hôpital dessert un bassin d'un demi-million de personnes, soit près de 30 % de la population de Montréal. Et ce chiffre est en constante augmentation compte tenu du développement résidentiel de l'Est, particulièrement pour les personnes du troisième âge. Le vieillissement de la population augmente également la lourdeur des cas.

– Aménagement du temps de travail

Depuis décembre 2009, le service du développement organisationnel et de la formation a eu pour mandat de réaliser une étude sur l'aménagement du temps de travail dans des unités jugées prioritaires. Ces unités sont l'urgence, le bloc opératoire, les soins intensifs et l'hémodialyse.

Unité-pilote, le service de l'urgence s'est vu proposer un horaire de 12 heures, 2 fins de semaine sur 6. Suite à cette implantation, on a pu observer une diminution du temps supplémentaire obligatoire (TSO) de 80%. Au cours de la période visée par le projet, il n'y a eu aucune démission et on a observé une tendance des mutations internes vers l'urgence. Il y a eu une baisse significative des absences ponctuelles, qui étaient une des causes au TSO. Les commentaires du personnel témoignent d'une nette amélioration de la qualité de vie au travail, tant du personnel qui a adhéré à ce nouvel horaire que de ceux qui ont choisi de ne pas y adhérer.

Fort de cette expérience, ce modèle est en cours d'implantation dans l'unité de soins intensifs. Dans un contexte de pénurie de professionnels en soins infirmiers, l'aménagement du temps de travail s'inscrit au cœur d'un ensemble d'actions organisationnelles visant à enrayer la pénurie, favoriser l'attraction et la rétention et améliorer la conciliation travail-vie personnelle.

– Le Centre d'excellence en soins infirmiers : viser la qualité et favoriser l'excellence en soins infirmiers

Au sein de la Direction des soins infirmiers/PSSS, le centre d'excellence en soins infirmiers s'inscrit en continuité avec la culture de qualité, d'excellence et d'innovation de l'HMR. Créé en 2002, reconnu comme pratique exemplaire en 2006 par le Conseil canadien d'agrément des services de santé, il poursuit depuis sa mission de transfert des meilleures pratiques de soins infirmiers aux bénéficiaires des patients et de leurs proches.

En lien avec sa mission, le CESI a organisé vingt conférences scientifiques portant sur diverses expériences cliniques et de recherche. Durant l'année, plus de 500 infirmières, infirmiers et autres professionnels de la santé de l'HMR y ont participé suscitant des opportunités d'échanges, de partages et de discussions des plus enrichissantes.

Deux recherches d'envergure se sont tenues au cours de l'année sous la gouverne du CESI – une première portant sur la prévalence de l'application de la contention et de l'isolement et, une seconde sur la prévalence des plaies. Ces résultats ont montré des changements de pratiques en faveur de la qualité et de la promotion de la dignité ainsi que de l'intégrité des patients.

Toujours en lien avec la recherche clinique, le CESI, avec l'équipe du programme-clientèle de chirurgie a reçu une subvention de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal (ORIIML) pour évaluer la trousse d'enseignement destiné aux patients afin qu'ils soient en mesure de mieux soulager leur douleur suite à une intervention chirurgicale à leur retour à la maison.

L'amélioration des compétences et le perfectionnement des équipes de soins infirmiers font partie d'un autre objectif poursuivi par le CESI. On se souviendra qu'en février 2011, dans le cadre du Cinquième concours du Programme de bourses d'études universitaires et de soutien à la pratique infirmière, 21 infirmières, infirmières auxiliaires et préposées aux bénéficiaires ont reçu des bourses d'études de la Fondation de l'HMR et du Centre d'excellence en soins infirmiers.

La présence de la responsable et chercheuse du CESI, madame Odette Roy, à des conseils d'administration d'organismes reconnus dont le Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI), le Centre de formation et d'expertise en recherche en administration des services infirmiers (FERASI) et

le Groupe de recherche interuniversitaire en interventions en sciences infirmières du Québec (GRISIQ) favorise la notoriété du CESI. Tout comme la présence aux comités de recherche et de programmes de la Faculté des sciences infirmières ainsi qu'au 90^e Congrès annuel des infirmières et infirmiers du Québec (2 528 congressistes) dont elle a assuré la présidence d'honneur.

Au cours de l'année, plus de 25 communications scientifiques ont été réalisées par les leaders en soins infirmiers associés au CESI lors de congrès ou de colloques contribuant ainsi au rayonnement de l'HMR et du CESI au niveau provincial, national et international.

– Accès à la chirurgie

Le bloc opératoire a vu une légère baisse de ses volumes de chirurgie comparativement à l'année antérieure. Cette situation est principalement reliée à la pénurie de ressources infirmières. Un projet de réorganisation du travail est en cours et devrait nous permettre d'augmenter l'accessibilité au bloc opératoire.

Malgré la pénurie d'infirmières, le programme de chirurgie a priorisé le maintien du plateau lourd pour la chirurgie nécessitant une hospitalisation et ce, au détriment de la chirurgie à la locale (qui ne nécessite pas la présence d'un anesthésiologiste).

Le centre de soins ambulatoire continue à accroître ses activités, ce qui a permis la réalisation d'un nombre additionnel de chirurgies d'un jour.

Enfin, soulignons que les cibles fixées par l'Agence de Montréal ont été dépassées pour les patients opérés pour arthroplastie de la hanche et du genou mais pas pour la chirurgie de la cataracte.

Volume de chirurgies

	<i>2008-2009</i>	<i>2009-2010</i>	<i>2010-2011</i>
<i>Chirurgies d'un jour</i>	<i>10 753</i>	<i>10 616</i>	<i>10 258</i>
<i>Chirurgies hospitalisées</i>	<i>6 148</i>	<i>5 938</i>	<i>5 922</i>
<i>Volume total</i>	<i>16 901</i>	<i>16 554</i>	<i>16 180</i>

– Prévention et contrôle des infections

Après une année 2009-2010 difficile au niveau des infections nosocomiales, l'année 2010-2011, quant à elle, s'est améliorée à plusieurs niveaux.

Fruit de la mise en œuvre de 5 projets dans le cadre de la bonification du programme en prévention et contrôle des infections et d'efforts soutenus par l'ensemble du personnel, des directions et des programmes, la réalisation de divers livrables a eu des impacts sur la situation nosocomiale de l'établissement.

Coordonnées par Mme Louise Châteauvert (directrice de projet) et Dr Francis Méthot (directeur des services professionnels et affaires médicales), voici un résumé des principales réalisations pour chacun des projets.

▪ *Projet «Prévention et contrôle des infections »*

Ce projet visait principalement à élaborer ou réviser les documents de référence en prévention et contrôle des infections (PCI) et de s'assurer de leur diffusion dans l'établissement par des mécanismes de communication standardisés.

Principales réalisations :

- Politique d'hygiène des mains approuvée et diffusée ;
- Guide sur les pratiques de base en PCI approuvé et diffusé ;
- Mesures de prévention et de contrôle du SARM approuvé et diffusé dans l'organisation ;
- Mécanismes de coordination et de communication révisés entre les Programmes-clientèles, le Service d'hygiène/salubrité et le Service de prévention et de contrôle des infections ;
- Mécanismes de communication interne mis en place pour diffuser à l'ensemble du personnel de l'HMR les données de surveillance et toutes les informations pertinentes via le lancement d'une page intranet en PCI ;
- Disponibilité d'une liste du matériel pour l'application des pratiques de base et des précautions additionnelles.

▪ *Projet «Surveillance épidémiologique en PCI »*

Ce projet consistait à s'assurer que les processus et les outils de surveillance permettant de détecter la survenue des infections nosocomiales soient appliqués et diffusés.

Principales réalisations :

- Rapport statistique périodique sur les infections unifié, intégré et acheminé aux divers intervenants et instances de l'organisation ;

- Outils de collecte de données de cas d'infections de *Clostridium difficile* et de SARM révisés ;
- Implantation du processus de dépistage systématique du SARM ;
- Revue systématique d'utilisation des antibiotiques pour le traitement des pneumonies et l'exacerbation de la bronchite chronique à l'unité de pneumologie ;
- Guide des pratiques sous forme de feuillet pour les infections urinaires élaboré et diffusé.

▪ *Projet «Éducation et consultation en PCI »*

Au cours de ce projet, un groupe de travail composé de représentants de divers services et directions devait revoir le programme de formation en PCI à l'accueil pour l'ensemble des nouveaux employés et cadres, revoir la formation en période d'orientation du personnel infirmier, du personnel au service diététique, des PAB, des étudiants en médecine et des professionnels, élaborer une formation pour les professionnels et technologues de la direction des services multidisciplinaires et rédiger un projet de portefeuille de formation continue.

Principales réalisations :

- Révision de la formation à l'accueil pour l'ensemble du personnel et des cadres de l'HMR ;
- Révision du programme de formation pour les stagiaires-externes en médecine ;
- Révision de la formation en PCI octroyée au personnel infirmier, aux préposés aux bénéficiaires et au personnel du service de diététique en période d'orientation ;
- Élaboration de la formation en PCI pour les professionnels et techniciens de la direction des services multidisciplinaires, en période d'orientation ;
- Formation du personnel infirmier des unités de soins du 4AB et de l'urgence ;
- Élaboration d'un projet de portefeuille de formation continue en prévention des infections incluant l'évaluation du transfert des connaissances dans la pratique ;
- Déploiement de la campagne de promotion sur l'hygiène des mains.

▪ *Projet «Évaluation du programme de PCI »*

Ce projet incluait à la fois des éléments de structure, de processus et de résultats.

Principales réalisations :

- Organigramme, mandat et composition du CPI révisés et adoptés ;
- Rôles et responsabilités des membres de l'équipe du SPCI définis et clarifiés ;
- Installation des robinets "sans contact", lavabos et ailettes dans les secteurs de l'urgence ;
- Inventaire des contenants à déchets pour objets piquants et tranchants complété ;
- Élaboration et mise en place d'une démarche de contrôle de qualité pour les vidangeurs-laveurs-décontamineurs ;
- Rapport sur l'application du règlement portant sur les visites aux usagers ;
- Inventaire du matériel médical à usage unique réutilisé complété et estimation des coûts annuels de la non réutilisation déposés aux instances concernées ;
- Planification du réaménagement des chambres de l'HMR.

▪ *Projet «Zones grises – processus d'attribution des responsabilités »*

Ce dernier projet consistait en l'attribution des responsabilités de nettoyage et de désinfection des items identifiés «zones grises», soit le matériel, l'équipement et les surfaces pour lesquels il n'est pas déterminé qui doit les désinfecter.

Principales réalisations :

- Élaboration d'un document de référence (définitions, critères pour fréquence d'entretien, catégories de surfaces, etc) ;
- Élaboration d'une grille d'analyse type pour les unités de soins (incluant inventaire des items, la fréquence de nettoyage faite et requise, l'attribution de la responsabilité de l'intégrité sanitaire) ;
- Grilles d'analyse complétées à l'unité pilote du 4AB ;
- Description des tâches révisées pour le personnel concerné de l'unité du 4AB (préposé aux bénéficiaires, préposé à l'hygiène et salubrité, technicien en électrocardiologie (pour l'ensemble des unités de soins) et l'inhalothérapeute (pour l'ensemble des unités de soins).

Le tableau qui suit présente l'impact des diverses réalisations et mesures de prévention et contrôle des infections qui ont découlé des projets sur les infections nosocomiales de l'établissement.

Objectifs	Indicateurs de succès	Évaluation de l'atteinte de l'objectif		
		2008/ 2009	2009/ 2010	2010/ 2011
Réduire et maintenir le taux d'infections nosocomiales à <i>Clostridium difficile</i> au niveau des établissements comparables	Taux d'infections nosocomiales à <i>Clostridium difficile</i>			
	Taux par 10 000 jours-présences	14,4	15,8	12,2
Réduire le nombre de décès et de complications associés aux infections nosocomiales à <i>Clostridium difficile</i>	Complications aux infections nosocomiales à <i>Clostridium difficile</i>			
	➤ Admissions à l'USI	7	19	11
	➤ Colectomies	4	13	2
	➤ Décès d'usagers ayant eu un épisode de <i>Clostridium difficile</i>	47	54	47
Réduire le nombre d'éclotions et la transmission d'ERV	Réduction du nombre de cas de ERV nosocomial			
	Taux par 10 000 jours-présences	8,1	15,4	11,0
	Nombre d'éclotions ERV	4**	12	10
	Nombre de jours d'éclotions ERV		1036	489
Réduire le nombre de bactériémies nosocomiales à SARM au niveau des établissements comparables (taux provincial)	Réduction du taux de bactériémies nosocomiales à SARM			
	Taux par 10 000 jours-présences	0.7	0.6	0.6

** Données compilées depuis la période #6

– Projet d'optimisation des équipes en soins infirmiers (POESI)

Au cours de cette année, l'évolution de POÉSI fut marquée par une révision du rôle de l'assistante infirmière-chef et celui de l'infirmière leader clinique (ILC) dans le but de répondre de façon plus efficiente et efficace aux besoins de notre clientèle. Ce modèle « *POESI renouvelé* » fut implanté sur les unités suivantes : 9CD, 4AB et 10AB.

En janvier 2011, nous avons tenu une demi-journée de rencontre avec les chefs de programmes et d'unités pour faire le point et établir nos priorités d'action concernant POÉSI. Cette activité de co-développement a permis d'échanger et de partager des vécus suscitant des réflexions riches pour l'avancement de la pratique infirmière. La poursuite du développement et de l'enrichissement du rôle de l'ILC fut ciblée comme objectif pour la prochaine année. Un plan d'action a été élaboré et des formations pour les ILC débiteront dès septembre. Ces formations ciblent le rehaussement des connaissances concernant l'évaluation clinique et la gestion des ressources humaines.

Sous l'égide du Centre d'excellence en soins infirmiers (CESI), nous avons été invité par différents partenaires, notamment le MSSS, l'AQESSS, le Centre FERASI, le CSSS Dorval-Lachine, à partager et discuter de ce projet novateur, mobilisateur et de pratique collaborative.

– Collaboration interprofessionnelle

La dernière année a été marquée par une intense collaboration entre la direction de l'enseignement, la direction des soins infirmiers et la direction des services multidisciplinaires. Nous avons obtenu en juin 2010 une importante somme de la Fondation HMR pour rehausser les infrastructures d'enseignement et de formation du personnel. Ce rehaussement est presque complété par l'aménagement de différents espaces et par l'acquisition de matériel pédagogique. Rappelons que ces investissements constituent le *Centre de formation interdisciplinaire* qui sera éventuellement intégré au *Centre du Savoir*.

Au-delà des infrastructures, les trois directions impliquées dans l'enseignement ont soutenu ensemble différents projets de recherche et de développement menés par l'Université de Montréal en vue de développer les pratiques collaboratives centrées sur le patient-partenaire.

C'est ainsi que deux équipes cliniques sont partie prenante de travaux sur l'apprentissage de la gestion de projet comme mode de travail collaboratif. Il s'agit des équipes de pré-dialyse et de l'Unité de médecine familiale. L'équipe de santé mentale SIME est quant à elle impliquée dans le développement d'outils favorisant l'approche patient-partenaire de soins.

Les directions ont également poursuivi leurs travaux en vue de mettre sur pied une unité d'enseignement interprofessionnelle en chirurgie qui devrait pouvoir recevoir ses premiers stagiaires en 2011-2012.

4.3. Orientations stratégiques

Dans son positionnement stratégique 2011-2014¹, l'HMR s'est donné pour mission d'offrir, ensemble, des soins de qualité à nos patients par des pratiques cliniques novatrices et collaboratives, intégrant le partage des connaissances, l'enseignement et la recherche.

La vision portée par l'HMR est celle d'un milieu de santé dynamique, novateur et attrayant visant l'excellence.

Pour y parvenir, l'HMR entend :

- maintenir le patient au centre de ses préoccupations ;
- encourager l'innovation dans les soins, la formation et la communication ;
- intégrer tous les volets de sa mission universitaire, soit les soins, l'enseignement et la recherche ;
- soutenir une culture de collaboration ;
- être novateur dans l'organisation et la qualité des soins et des services à sa clientèle ;
- valoriser le travail et le développement de ses ressources humaines ;
- travailler en complémentarité avec les établissements de son territoire ;
- être proactif dans le partage des responsabilités et l'approche réseau.

4.4. Priorités d'action

Le positionnement stratégique 2011-2014 de l'HMR identifie huit grands enjeux, assortis d'objectifs clairs et de cibles destinés à mesurer l'avancement et l'atteinte des résultats recherchés.

1. L'équilibre entre la mission locale et la mission régionale, suprarégionale et universitaire
2. Le leadership en enseignement au sein du réseau universitaire
3. L'attraction et la rétention de la main-d'œuvre
4. La performance du centre de recherche

¹ Plan stratégique 2011-2014 adopté par le Conseil d'administration en date du 15 février 2011.

5. La sécurité et la qualité des services à la clientèle
6. Les technologies de l'information et les infrastructures immobilières aux normes actuelles
7. Une gestion performante et imputable
8. Une communication efficace et soutenue

4.5. Satisfaction de la clientèle

– Moyens mis en place pour évaluer la satisfaction de la clientèle

Un sondage sur l'évaluation de la satisfaction de la clientèle hospitalisée et ambulatoire est mené tous les trois ans. Outre la satisfaction envers les services offerts, ce sondage permet d'identifier les dimensions auxquelles une attention particulière est requise. Le dernier sondage a été effectué par Léger Marketing en 2008 et indiquait un très bon niveau de satisfaction de la clientèle, avec une note de 88,4%.

Une autre collecte de données effectuée par Léger Marketing vient de se terminer (1er avril 2010 au 31 mars 2011). Dès que disponibles, les résultats seront présentés aux différentes instances. Ainsi, les équipes d'amélioration continue de la qualité pourront procéder à l'analyse de ces résultats et à l'élaboration de plans d'action afin de répondre davantage aux besoins et aux attentes des usagers de l'HMR.

4.6. Résultats obtenus par rapport aux objectifs prévus

– Suivi de l'entente de gestion et d'imputabilité

En décembre 2010, considérant que l'entente de gestion et d'imputabilité 2010-2011 entre le Ministère et l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal était en cours de finalisation, cette dernière a avisé l'établissement qu'au lieu d'élaborer une nouvelle entente, celle de 2009-2010 a été reconduite en 2010-2011. Toutefois, des indicateurs de gestion ajustés nous ont été transmis. Il s'agit principalement d'indicateurs quantitatifs. On peut retrouver en annexe 1 les résultats obtenus à l'égard de ces différents indicateurs.

Les indicateurs touchent cette année 5 domaines différents :

- Santé publique, les indicateurs portent essentiellement sur le contrôle des infections nosocomiales
- Perte d'autonomie liée au vieillissement, les indicateurs portent sur la trajectoire des clientèles gériatriques. Cette année nous avons procédé à la fermeture officielle de l'unité de soins prolongés conformément à l'orientation de l'Agence en la matière.
- Santé mentale, les indicateurs portent sur l'accessibilité tant face au service dans la communauté qu'à l'urgence et aux services en 2e et 3e ligne.
- Santé physique, les indicateurs portent principalement sur l'accessibilité autant à l'urgence qu'en chirurgie; des indicateurs portant sur la lutte contre le cancer et la cardiologie tertiaire sont également présents.
- Ressources humaines, les indicateurs portent sur l'assurance-salaire et sur différents aspects entourant le personnel infirmier.

Au niveau du contrôle des infections, on doit souligner que l'établissement a mis en place les mesures identifiées dans les indicateurs, ce qui a amené une nette amélioration au niveau des infections nosocomiales pour lesquelles il n'y a aucun indicateur identifié.

La situation à l'urgence demeure une préoccupation constante pour l'établissement. De nombreux efforts sont réalisés, tant en amont (gestion des visiteurs fréquents en collaboration avec les CSSS du territoire de desserte) qu'en aval (prise en charge des personnes hébergées pour évaluation, PHPE, en collaboration avec l'Agence) ainsi qu'avec les cliniques réseaux (la réorientation des patients vers les cliniques réseaux, lorsque la priorité de leur cas l'autorise). Ces différentes actions ont permis de réduire de 2 heures la durée moyenne de séjour, à 32 heures, ce qui est encore éloigné de la cible nationale. Cette cible nationale ne tient pas compte des particularités reconnues de l'environnement de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

Au niveau de l'accessibilité de la chirurgie, des ententes ont été négociées avec un autre centre, afin d'augmenter le nombre de chirurgies. Un effort marqué est réalisé également pour gérer une 2e offre (alternative dans un autre centre) a été fait, mais nous rencontrons un taux de refus de 99%. Toutefois, la liste d'attente de l'établissement demeure une des plus importantes du réseau.

– Suivi du retour à l'équilibre budgétaire 2013-2014 et réduction de la dette

CF partie 7.

– Cycle d'évaluation 2009-2012 d'Agrément Canada

L'HMR a obtenu un agrément sans condition en février 2010 lors de la précédente démarche d'agrément du cycle 2006-2009. Cette culture de qualité incite l'HMR à poursuivre sa démarche d'amélioration continue de la qualité (ACQ) au quotidien afin de poursuivre l'atteinte de normes d'excellence en matière de soins et services.

À cet effet, une des 5 étapes-clés du cycle 2010-2012 d'ACQ, soit l'auto-évaluation, a été réalisée du 21 mars au 8 avril 2011 en vue de la préparation à la visite d'Agrément-Canada de mai 2012, dernière étape du cycle triennal.

L'ensemble des gestionnaires, des employés et des médecins ont été mobilisés à participer à la démarche d'ACQ en répondant, de façon confidentielle, par voie électronique, à un ou des questionnaire(s) relatif(s) à un(des) cahier(s) de normes respectif(s) au secteur ainsi qu'à 2 sondages: Culture de sécurité des patients et Qualité de vie au travail (Pulse).

Un taux global de participation de 51% aux questionnaires a été obtenu. En ce qui concerne les sondages, sur un total de 4734 employés et médecins sollicités, on note une participation de 38% au sondage sur la Culture de sécurité des patients et de 39% au sondage sur la Qualité de vie au travail (Pulse). Ces taux de participation sont comparables à ceux obtenus en 2009.

Suite à cet exercice, Agrément Canada a attribué, selon les réponses fournies par les employés, un signal d'alerte de couleur rouge, jaune ou vert à chacune des activités ciblées par les questions.

Au niveau des questionnaires, il en ressort que, sur l'ensemble des 1 263 signaux d'alerte émis, 38% (486 signaux d'alerte verts) des activités ciblées par Agrément Canada sont conformes aux exigences liées aux normes. Toutefois, plusieurs activités, soit 56% (704 signaux d'alerte jaunes) feront l'objet d'une analyse afin d'évaluer si certaines améliorations sont requises. Enfin, seulement 6% (73 signaux d'alerte rouges) des activités exigeront un examen poussé ainsi qu'un plan d'amélioration. Ces taux s'avèrent une amélioration par rapport à 2009.

Au niveau des sondages, les signaux d'alerte émis sont répartis comme suit :

Sondage « Culture de sécurité des patients » : 15 signaux d'alerte verts (33 %), 22 signaux d'alerte jaunes (48 %) et 9 signaux d'alerte rouges (20 %) ;

Sondage « Qualité de vie au travail (Pulse) » : 6 signaux d'alerte verts (29 %), 12 signaux d'alerte jaunes (57 %) et 3 signaux d'alerte rouges (14 %).

À la lumière de ces résultats, l'ensemble des équipes ACQ devront élaborer des plans d'action visant l'amélioration de la qualité des soins et les intégrer, tout comme les points forts, dans le plan d'action triennal 2009-2012 d'amélioration de la qualité et de la sécurité afin de poursuivre leurs efforts au quotidien et ainsi obtenir 100 % de conformité.

– Sécurité des soins et services

▪ Déclaration des incidents et accidents

Suite à l'implantation du logiciel GESRISK depuis maintenant 3 ans, on note annuellement une augmentation continue de l'ensemble des incidents et accidents (I/A) déclarés (2010-2011 : 6879, 2009-2010 : 6399, 2008-2009 : 5944). Cette augmentation est due, en grande partie, aux I/A déclarés dans les catégories « Test diagnostique » et « Médicament » ainsi qu'au fait que la culture de la gestion des risques continue de s'implanter et de s'étendre progressivement dans tous les secteurs de l'organisation. On déclare de plus en plus, ce qui contribue à l'amélioration de la qualité des soins.

Toutefois, il est intéressant de noter une diminution du nombre d'accidents d'indice de gravité élevé (F, G, H et I). En effet, il y a eu 21 accidents de gravité F, G, H et I en 2010-2011 (0,3 %) comparativement à 40 accidents en 2009-2010 (0,8 %); le taux de référence dans la littérature étant de 0,3 %.

Globalement, on note une légère augmentation de 8,3 % des incidents et accidents (I/A) déclarés par rapport à l'année 2009-2010 (ratio : 32,53 événements/1000 jours/présence (JP), 2010-2011 et 28,19 événements/1000 JP, 2009-2010).

Tel que mentionné ultérieurement, cette légère augmentation est due, en grande partie, aux I/A déclarés dans les catégories « Test diagnostique » et « Médicament ».

Au niveau de la catégorie « Test diagnostique », une augmentation de 16,0% des I/A est notée cette année comparativement à l'année 2009-2010 (ratio : 12,25 événements/1000 JP, 2010-2011 et 9,91 événements/1000 JP, 2009-2010).

L'étude des I/A liés aux tests diagnostiques a fait l'objet d'une analyse détaillée de type AMDEC (analyse des modes de défaillance, leurs effets et leur criticité) au cours de l'année 2010-2011. Les résultats de cette analyse devraient nous permettre de déterminer les causes souches et de proposer des actions concrètes pour éliminer ces dernières.

En ce qui a trait à la catégorie « Médicament », l'année 2010-2011 est marquée par une augmentation de 17,8 % des I/A liés aux médicaments (ratio: 8,51% événements/1000 JP, 2010-2011 et 6,79 % événements/1000 JP, 2009-2010).

La campagne de sensibilisation sur les « 7 bons », initiée au mois de novembre dernier (trousse de bonnes pratiques incluant des références explicites pour l'utilisation de deux identificateurs par le biais du critère « bon usager »), ne semble pas encore avoir eu les impacts escomptés. Une réévaluation des interventions sera donc effectuée en collaboration avec la Direction des soins infirmiers et de la prestation sécuritaire des soins et services et le Département de pharmacie.

- *Bilan des processus d'analyse et de divulgation des incidents et accidents*

Le taux de conformité du processus de divulgation s'améliore continuellement, notamment pour les accidents de gravité D et E1, particulièrement en ce qui a trait aux chutes et aux accidents liés aux tests diagnostiques suite aux mesures mises en place pour améliorer la complétion de la section spécifique à la « divulgation » sur le formulaire AH-223.

Nous observons une diminution du taux de conformité pour l'analyse détaillée et la divulgation sur le formulaire pour les accidents de gravité E2. Un rappel de l'importance de bien documenter les analyses et les actions posées a été effectué et un suivi est prévu.

- *Déplacement sécuritaire des bénéficiaires*

En janvier 2008, l'HMR a mis en place une formation PDSB afin de former le personnel à déplacer les bénéficiaires de façon sécuritaire et sans risque pour eux-mêmes et la clientèle.

Différentes activités ont été réalisées au cours du dernier exercice notamment :

- Des formations dans le cadre du programme d'orientation, lors de l'accueil (près de 500 personnes formées) ;
- Des interventions de formation ciblées sur les unités (planifiées ou à la demande) par le service de santé et de sécurité du travail ;
- Des interventions ciblées auprès des employés à la suite d'accidents de travail afin d'éviter la récurrence de l'évènement ;
- Des interventions au niveau des équipements, du matériel et de l'organisation du travail.

▪ *Programme Ma santé je m'en occupe !*

Lancées en novembre 2009, les activités du programme « Ma santé je m'en occupe ! » se sont poursuivies en 2010-11 en collaboration avec ACTI-MENU, dans le but d'inciter les employés de l'HMR à prendre leur santé en main. Suite au portrait dépersonnalisé global obtenu suite aux questionnaires complétés l'an dernier, des activités de promotion de la santé ont été mises en place :

- Conférences (4) sur «L'alimentation j'en mange » avec ACTI-MENU et les services SST et alimentaire de l'HMR en novembre 2010 (+ de 130 participants) ;
- Conférences (2) sur la «Santé du cœur» avec le Dr R. Néron et le Dr L. Gagnon en février et mars 2011 (+ de 140 participants) ;
- Activité de dépistage du taux de cholestérol, de glycémie, de la pression artérielle et du tour de taille, avec ACTI-MENU le 21 février 2011 (+ de 110 participants) ;
- Promotion du Défi santé 5/30/Équilibre en mars et avril 2010 et mars 2011.

▪ *Prix Innovation de l'ASSTSAS**

C'est dans le cadre du concours pleins feux sur l'innovation, le 27 avril 2010, que l'HMR se voyait récompenser pour son projet en prévention des troubles musculo-squelettiques dans le secteur de l'imagerie médicale, plus précisément au Scan 3.

Cette acquisition de lève-patient permet à la radiologie d'optimiser le niveau de sécurité pour le transfert de la clientèle en diminuant les risques de chutes et de blessures. Ce projet initié par le service de SST de l'HMR a été élaboré avec la participation du CSSS Pierre-Boucher. Cette solution primée est installée depuis le 11 novembre 2010.

* ASSTSAS = Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales.

– Recommandations du coroner

Au chapitre des recommandations du coroner, l'hôpital a reçu deux avis ciblés et a également tenu compte de certains éléments mentionnés dans deux autres avis ne concernant pas l'HMR mais qui nous interpellaient au niveau de notre clientèle. Relativement aux deux avis ciblés, les problèmes rencontrés se situent au niveau des procédures à l'Urgence, soit : l'évaluation brève au triage et l'allocation des ressources humaines, la réévaluation de la trajectoire des patients lors d'une visite à l'urgence, l'accessibilité au dossier psychiatrique et aux soins d'hémodialyse d'urgence. À ces égards, des plans d'action ont été élaborés et sont en voie de réalisation.

En ce qui concerne les autres recommandations du coroner, une formation spécifique à l'utilisation des dispositifs de perfusion intra-osseuse a été dispensée à l'Urgence et le sera éventuellement dans d'autres secteurs ciblés, tels que les soins intensifs et la néonatalogie. De plus, une démarche est entreprise afin de s'assurer que les produits dangereux utilisés par le Service d'hygiène-salubrité sur les unités de soins sont remisés de façon sécuritaire.

– Examen des plaintes et promotion des droits

Les insatisfactions liées à l'accessibilité représentent 29,73 % de tous les motifs des dossiers de plainte des usagers. Les plaignants dénoncent principalement les reports de chirurgie (27,96 %) et le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous (18,28 %).

Les problèmes touchant les relations interpersonnelles représentent 25,53 % des insatisfactions. Les patients notent le manque de politesse des intervenants dans 51,95 % des cas et le manque d'empathie pour 18,18 % des cas.

Les motifs de plaintes formulés à l'égard des soins et services dispensés sont évalués à 20,42 %. Ce sont les habiletés techniques et professionnelles qui sont identifiées comme étant la plus grande source d'insatisfaction (28,13 %), vient ensuite le manque de coordination interne entre les services.

La catégorie des droits particuliers constitue 13,81 % des insatisfactions. Les patients manifestent leurs insatisfactions à l'égard des dossiers perdus ou égarés dans 59,09 % des cas.

En ce qui concerne l'organisation du milieu et ressources matérielles, le taux d'insatisfaction est de 8,11 %. Le non-respect des règles et procédures ainsi que les mécanismes de prévention des infections sont les motifs le plus souvent invoqués.

Motifs de plaintes par catégorie

<i>Motifs de plaintes</i>	<i>2009- 2010 Nombre</i>	<i>%</i>	<i>2010- 2011 Nombre</i>	<i>%</i>
<i>Accessibilité</i>	<i>116</i>	<i>31.52</i>	<i>99</i>	<i>29.73</i>
<i>Aspect financier</i>	<i>8</i>	<i>2.17</i>	<i>8</i>	<i>2.40</i>
<i>Droits particuliers</i>	<i>29</i>	<i>7.88</i>	<i>46</i>	<i>13.81</i>
<i>Organisation du milieu et ressources matérielles</i>	<i>53</i>	<i>14.40</i>	<i>27</i>	<i>8.11</i>
<i>Relations interpersonnelles</i>	<i>80</i>	<i>21.74</i>	<i>85</i>	<i>25.53</i>
<i>Soins et services dispensés</i>	<i>81</i>	<i>22.01</i>	<i>68</i>	<i>20.42</i>
<i>Autre</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>TOTAL</i>	<i>368</i>		<i>333</i>	

5. CONSEILS OU COMITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

– Conseil d'administration

Pierre DESROCHERS

Président
Cooptation

John Le Boutillier

Vice-président
Fondation de l'HMR

Gisèle BOILEAU

Représentante de la population

François CHARBONNEAU

Comité des usagers

Dre Christine COLIN

Université de Montréal

Lucie DRAPEAU

Fondation de l'HMR

Nathalie FARLEY

Conseil multidisciplinaire

Louis-Gilles FAUCHER

Comité des usagers

Sonia FORTIN

Cooptation

Gilles GAUTHIER

Agence de la santé et de services sociaux de Montréal

Dr Rafik GHALI

Représentant du CMDP

Dominique LÉVESQUE

Cooptation

Manon BOILY

Secrétaire
Directrice générale

Dr Camil D. QUINTAL

Trésorier
Représentant de la personne morale

Sylvie MIRON

Conseil des infirmières et infirmiers

Jacinthe PÉPIN

Université de Montréal

Dr Jérôme PINEAULT LE PAGE

Représentant des résidents

Georges A. PRENOVOST

Représentant de la personne morale

Michel SEVIGNY

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Paulette SICARD

Représentante de la population

Patrice SIMARD

Agence de la santé et de services sociaux de Montréal

Poste vacant

Représentant du personnel non-clinique

– Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)

Le comité exécutif a tenu 14 réunions durant l'exercice 2010-2011, étudié les dossiers soumis à son attention et émis 42 recommandations auprès du Conseil d'administration et de ses comités. Les recommandations émises touchaient divers sujets, entre autres :

- Nomination des nouveaux membres du CMDP ;
- Nomination du médecin examinateur ;
- Nomination de médecins examinateurs substitués ;
- Nomination des membres du Comité de révision ;
- Suivi des diverses recommandations du Comité de pharmacologie incluant : dossiers divers, addition et retrait de médicaments au formulaire ;
- Suivi des recommandations du Comité d'examen des titres incluant : nomination de nouveaux membres, modification de statut et privilèges, congé de service et démission de membres du CMDP ;
- Approbation de règles d'utilisation des ressources, règles de soins médicaux et règles d'utilisation des médicaments ;
- Appui à la nomination de chefs de département ;
- Appui à la nomination du directeur du Centre de recherche ;
- Mise à jour des règlements départementaux ;
- Mesures disciplinaires à l'endroit d'un membre du CMDP ;
- Renouvellement des statuts et privilèges des membres du CMDP pour la période du 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2013.

Comité exécutif

Dr Rafik GHALI
Président

Dr José FERREIRA
Secrétaire

Dr Michel DUBÉ
Vice-président

Dr Michel LAVERDIÈRE
Trésorier

Martin FRANCO
Vice-président

– Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Le CII a été impliqué au sein du conseil d'administration de l'hôpital, ainsi que dans différents comités et il a réalisé plusieurs activités, notamment :

- Présentation d'une recommandation au conseil d'administration de l'HMR sur la problématique de la pénurie de ressource infirmière ;
- Assurer un suivi régulier au plan d'action en regard de la main-d'œuvre présenté par les membres du comité directeur ;
- Participer à titre consultatif en regard de la démarche de mise à jour du positionnement stratégique de l'établissement ;

- Collaborer et supporter la direction des soins infirmiers dans le dossier concernant les recommandations du comité des inspections professionnelles de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec ;
- Rédaction d'articles informatifs dans le journal interne de l'HMR ;
- Rencontre de nouvelles infirmières lors de leur première journée d'orientation ;
- Le CII assure la transmission d'information susceptible d'intéresser les infirmières en lien avec la qualité des soins infirmiers sur les deux tableaux d'affichage de l'HMR ;
- Le conseil a réalisé un outil de transmission d'information en créant sa page dans la rubrique comité et conseil de l'intranet de l'HMR ;
- Collaboration à la rédaction et à la diffusion de divers documents d'information soit sur l'échelle de Braden, sur l'administration sécuritaire des opiacés et sur le delirium ;
- Participer à la réalisation d'un dîner de formation continue sur les bonnes pratiques d'administration des opiacés ;
- Participer à l'élaboration d'un dîner de formation continue afin de permettre aux infirmières de maîtriser davantage ou de consolider des habiletés et des pratiques entourant le plan thérapeutique infirmier en lien avec une pratique qui sera évaluée à la prochaine visite de l'agrément ;
- Assurer la production et la diffusion d'un outil d'information distribué dans l'ensemble de l'établissement sur la rédaction du plan thérapeutique infirmier ;
- Le conseil a recruté quatre infirmières auxiliaires afin de permettre la création du CIIA (Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires). Pour le moment, elles sont intégrées au CII ;
- Organisation de la Semaine de l'équipe des soins infirmiers, semaine de reconnaissance pour les infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires, qui a eu lieu en mai 2011.
- Le conseil a été également impliqué significativement à la planification et à la réalisation de l'événement des prix Phoenix, hommage remis à des infirmières s'étant illustrées au sein de notre établissement.

Comité exécutif

Sylvie MIRON
Présidente

Ginette LABBÉ
Vice-présidente

Diane Brodeur
Secrétaire

Jean-François AYOTTE
Agent d'information

Marie-Claude ASSELIN
Agente d'information

Membres du CIIA

Julie GAGNÉ-PAGÉ

Kaoutar SAADI

Salah TIAB

1 poste vacant

– Conseil multidisciplinaire (CM)

Au cours du dernier exercice, plusieurs avancements ont été effectués par le conseil multidisciplinaire concernant le développement des compétences et la qualité des soins, notamment par l'entremise des comités de pairs.

La lutte contre les infections nosocomiales continue de faire l'objet d'une constante préoccupation chez les membres. Des informations sont transmises via les canaux de communication internes, les réunions interdisciplinaires et une rencontre spécifique avec la responsable du comité SPCI a été organisée pour assurer un suivi rigoureux.

Les démarches entamées avec le service de la sécurité informationnelle afin de créer un onglet dédié au CM dans l'intranet ont été fructueuses : une structure a été élaborée et est présentement fonctionnelle.

Un projet de partenariat est à l'aube de voir le jour avec la Fondation de l'HMR. Il vise la mise en place de bourses favorisant la formation continue afin de maintenir et améliorer les compétences disciplinaires chez les membres du CM.

La présence des membres du CM au sein de différents comités de l'organisation permet d'intégrer les préoccupations des techniciens, technologues et professionnels de l'établissement quant à la qualité des soins et services dispensés aux patients, notamment pour la révision du plan stratégique de l'HMR.

Finalement, le déroulement de la 7^{ème} édition des Prix Sylva a récompensé plusieurs professionnels, techniciens et technologues pour leur contribution à «L'essence de l'excellence», nouveau logo de ces prix de reconnaissance.

Comité exécutif

Nathalie FARLEY

Présidente

Monique NADEAU

Vice-présidente aux affaires externes

Catherine FERLAND

Vice-présidente aux affaires internes

Josiane MELOCHE

Collaboratrice aux projets spéciaux

– Comité de vigilance et de la qualité

Conformément à son mandat, le comité a reçu et analysé différents rapports portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité et l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers et le traitement de leurs plaintes. En outre, le comité a reçu, étudié et donné suite à quatre recommandations formulées par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

Le comité a également assuré un suivi relatif à la situation de l'urgence, aux infections nosocomiales et à la performance des blocs opératoires à la lumière de tableaux de bord détaillés contenant une série d'indicateurs.

Enfin, le comité a été appelé à étudier le bilan annuel des poursuites, les recommandations du coroner, le registre des accidents divulgués et le programme de gestion des risques.

– Comité des usagers

Le Comité des usagers continue d'œuvrer pour l'amélioration de la qualité des services offerts à la clientèle de l'HMR.

Au cours de l'année 2010-2011, le Comité s'est adjoint le support de trois conseillers, à savoir : Céline Béland, Marcel Guilbault et Paulette Sicard. La personne-ressource (Lise Chevalier) assure la permanence du CU à titre de coordonnatrice des activités.

Tout au long de l'année 2010-2011, le Comité des usagers s'est vu offrir différentes opportunités de devenir partenaire de beaux projets qui touchent notre clientèle. Mentionnons le plan d'action communications / Prévention et contrôle des infections, la trousse d'enseignement pour les usagers de l'oncologie de même que le projet dédié à l'enseignement aux patients souffrant d'une tumeur musculo-squelettique ayant nécessité une consultation en orthopédie-oncologie pour ne mentionner que ceux-ci. Une conférence sur le consentement aux soins prononcée par Me Gary Mullins, actuellement directeur de la qualité-performance et du soutien

administratif, Centre de réadaptation Estrie a été organisée conjointement avec le commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, Madeleine Lavoie.

En mars dernier, le CU-HMR a participé conjointement avec le Regroupement provincial des comités des usagers (RPCU) au Salon Mieux-Vivre de Génération en Génération qui a eu lieu au Stade Olympique. Événement incontournable qui rallie plusieurs générations sous un même toit depuis maintenant 25 ans, ce Salon a offert une tribune extraordinaire pour rencontrer la clientèle d'usagers de l'Est de Montréal. Le CU-HMR a profité de cette vitrine pour faire connaître sa mission, son rôle et informer les visiteurs et futurs usagers de leurs droits lorsqu'ils fréquentent un centre hospitalier.

Le CU-HMR possède maintenant son site internet (www.cuhmr.com).

Le CU-HMR s'est vu décerné le Prix RPCU de l'excellence 2010, Prix spécial du jury dans la catégorie Comité lors du congrès du RPCU en octobre 2010.

Aussi, il a reçu un certificat de remerciements et de félicitations, provenant de l'Assemblée nationale du Québec, sous la signature de la Ministre responsable des Aînés, Marguerite Blais.

Membres réguliers

Louis-Gilles FAUCHER
Président

Jacques HOULD
Membre

François CHARBONNEAU
Vice-président

Denise PATENAUDE
Membre

Marcel LAFRANCE
Secrétaire-trésorier

Guy PELLETIER
Membre

– Comité de gestion de la qualité et des risques

Conformément à son mandat, le comité a reçu et analysé plusieurs rapports portant sur la qualité et la sécurité des soins et services offerts aux usagers lors des 7 rencontres prévues au calendrier 2010-2011.

Le comité a également assuré un suivi de l'ensemble des indicateurs inclus dans les tableaux de bord détaillés concernant la situation de l'urgence, les infections nosocomiales et postopératoires, les incidents et accidents, les événements sentinelles, les plaies de pression, les mesures de contrôle, l'accessibilité à la chirurgie et les plaintes des usagers.

Enfin, le comité s'est penché sur les suivis effectués au niveau du plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des programmes et directions, de la visite d'Agrément Canada (2009), du bilan de conformité des pratiques organisationnelles requises (PORs) et du plan des mesures d'urgence.

– Corporation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Légalement constituée le 7 juillet 1971 au moment de la fusion de l'Hôpital Maisonneuve et de l'Hôpital St-Joseph de Rosemont, la Corporation est propriétaire des actifs immobiliers de l'établissement. Elle dispose d'un droit de regard sur les modifications majeures concernant leur utilisation en vertu de sa reconnaissance comme personne morale par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Comptant 47 membres, elle assure à l'hôpital un vaste réseau d'appuis pour faciliter la réalisation de ses projets, contribuant ainsi au maintien de sa tradition d'excellence.

– Comité d'éthique de la recherche

Instance administrative autonome rattachée au conseil d'administration de l'établissement, composée d'une permanence administrative et de membres nommés tant réguliers que substituts, le comité d'éthique de la recherche (CÉR) comprend des représentants de la collectivité, des membres du CMDP (médecin et pharmacien), un juriste et une personne spécialisée en éthique.

Le CÉR a le mandat de veiller à la dignité, à la sécurité et au bien-être des sujets de recherche et d'assurer le respect de leurs droits. Par la désignation du ministre de la Santé et des Services sociaux, il est autorisé à examiner des projets qui relèvent de l'application de l'article 21 du C.c.Q. dont les participants sont mineurs ou inaptes. Le CÉR est responsable du triple examen, à savoir l'évaluation scientifique, éthique et l'appréciation du financement adéquat pour la réalisation d'un projet de recherche. Il assure la surveillance continue (passive et active) de l'éthique des projets de recherche approuvés. En conséquence, le CÉR a le pouvoir d'évaluer, d'approuver, de modifier, d'interrompre ou de refuser tout projet de recherche auprès de l'être humain qui relève de son autorité.

Pour l'exercice de 2010-2011, le comité a évalué 119 nouveaux projets de recherche dont certains sont multicentriques et 6 projets dont les participants sont des personnes inaptes.

Le CÉR tient à jour un registre des projets (452) en cours et qui sont en conformité autant du cadre réglementaire du CÉR, du cadre réglementaire du

centre de recherche et des standards du FRQS sur l'éthique de la recherche, en santé humaine, et l'intégrité scientifique.

Enfin, le CÉR crée à la fois un environnement propice à la qualité des activités de recherche et un climat de collaboration avec les équipes de recherche et les partenaires.

Membres réguliers

Dr François MARQUIS

Président et Membre du CMDP

Paule SAVIGNAC

Vice-présidente et Conseillère à l'éthique

Me Brigitte PÂQUET

Avocate

Membre spécialisée en droit

Marceline QUACH

Pharmacienne

Membre du CMDP

Louise CHAINEY

Représentante de la communauté, membre externe

Françoise MÉREL

Représentante de la communauté, membre externe

1 médecin membre du CMDP

nommé par l'adjoint au directeur de la recherche clinique

Membres substitués

Valérie CÔTÉ (pharmacienne)

Membre du CMDP

Kristine GOYETTE (pharmacienne)

Membre du CMDP

Sandra CHAPADOS (pharmacienne)

Membre du CMDP

Linda PINET (pharmacienne)

Membre du CMDP

Philippe BOUCHARD (pharmacien)

Membre du CMDP

Danielle LAUDY

Personne spécialisée en éthique

Brigitte ST-PIERRE

Personne spécialisée en éthique

Johane DE CHAMPLAIN

Personne spécialisée en droit et en éthique

Mathieu ROY

Représentant de la communauté
Membre externe

Me Isabelle DUCLOS (avocate)

Membre spécialisé en droit

Me Karine D'AOUST (pharmacienne)

Membre du CMDP

– Comité d'éthique clinique

Instance administrative autonome rattachée au conseil d'administration de l'établissement, composée d'une personne ressource et de membres réguliers. Le comité d'éthique clinique qui passe le cap de son 20^e exercice, s'est réuni à six reprises et est en opération sur le terrain par le soutien lors de demandes de consultation pour des situations particulières ou des problématiques plus larges.

Les demandes viennent des soignants de divers secteurs d'activités et concernent :

- des relations thérapeutiques difficiles ;
- la confidentialité des confidences reçues ;
- des conflits de valeurs sur le plan de la culture ou de la religion ;
- des demandes jugées déraisonnables ;
- la priorité d'accès à certains services (par exemple du personnel) ;
- des conflits avec les familles concernant le niveau approprié d'intervention médicale ;
- l'utilisation de contentions pour des usagers inaptes ;
- l'ouverture au dialogue sur la fin de la vie.

Le mode de fonctionnement est adapté à la problématique. Cela peut être un soutien par un groupe de discussion, des rencontres multidisciplinaires, une approche médiative, de la formation spécifique ou la rédaction d'avis mais n'est pas un substitut à la prise de décision.

Les demandes ont généré des activités d'éthique clinique permettant de discuter de situations et de cas complexes comportant des enjeux éthiques, l'objectif étant le développement de la culture de l'éthique dans l'établissement. Le comité a offert le volet éthique de formation visant l'ouverture au dialogue sur la qualité de la fin de la vie et accompagné la révision d'un document sur le deuil périnatal. Le comité d'éthique clinique a une page web sur le site de l'établissement offrant une visibilité.

Personne ressource

Paule SAVIGNAC

Conseillère à l'éthique et présidente

Membres réguliers du comité d'éthique clinique

Louise AUBERTIN

Représentante du CM

Jean-Pierre AUMONT

Représentant de la collectivité

Secrétaire

Ginette LABBÉ
Représentante du CII

Marcel GUILBAULT
Représentant en soins spirituels

Anne MAJOR
Représentante du CM

Nicole TREMBLAY
Représentante du CII

Benoît MONETTE
Juriste

Guy PELLETIER
Représentant du Comité des usagers

Dre Marie-Claude RAYMOND
Représentante du CMDP
Vice-Présidente

Micheline RISLER
Représentante de la collectivité

Dr Érik SCHICK
Médecin, représentant CMDP

6. LES RESSOURCES HUMAINES DE L'HMR

L'établissement présente les principales informations concernant les ressources qui sont à son emploi :

Note 1 : Effectifs de l'établissement	Exercice en cours (31 mars 2011)	Exercice Antérieur (31 mars 2010)
Les cadres		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	167	160
Temps partiel Nombre de personnes Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	8	8
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Les employés réguliers		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	2 505	2 404
Temps partiel Nombre de personnes Équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	1 563	1 555
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	2010-2011 : 2 613 038* hres rémunérées (1 414 ETC) 2009-2010 : 2 579 459* hres rémunérées (1 401 ETC)	
Équivalents temps complet (b)	*Ces heures comprennent les titulaires de postes qui sont temporairement désaffectés de leur poste pour un remplacement.	

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :

Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail ;
divisé par :
Nombre d'heures de travail d'un employé à temps complet du même corps d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les occasionnels :

Nombre d'heures rémunérées ;
divisé par : 1826 heures

7. ÉTATS FINANCIERS ET ANALYSE DES RÉSULTATS

Comme par les années passées, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a reçu lors de la confirmation du budget initial une autorisation additionnelle portant sur un déficit autorisé de 7.6 M \$. Ce montant de déficit autorisé est récurrent depuis 2004-2005, ce qui a amené un déficit cumulatif important. En fin d'exercice, une subvention particulière du ministère de la Santé et des Services sociaux de 1.9 M\$ est venue réduire la cible déficitaire autorisée, sans impact sur les résultats nets de l'exercice. Une subvention de 77 M \$ est venue également réduire le déficit accumulé. Cette subvention n'avait également pas d'impact sur les résultats nets de l'exercice.

L'établissement a respecté la cible déficitaire autorisée avec un déficit de 5 699 092 \$, après les contributions de l'avoir-propre et interfonds. L'augmentation des revenus de l'Agence et du Ministère de 12 457 770 \$ provient essentiellement de l'indexation de 6.3 M \$, et de subventions non récurrentes additionnelles, en sus de ce qui avait été versé l'an dernier, au montant de 3.9 M \$ versé principalement à titre de soutien aux activités. La variation du revenu tient également compte de la fermeture définitive de l'unité de soins prolongés qui s'est traduit par une récupération du budget de 2.5 M \$ et de l'application de la compression découlant de la Loi 100, portant sur l'équilibre budgétaire qui a réduit le budget de 2.1 M \$.

Au niveau des revenus des usagers, on constate une baisse de 2.4 M \$. La très grande partie de cette baisse provient de facturation pour des patients sous la responsabilité financière d'autres provinces, du fédéral et de la CSST. On doit se rappeler toutefois que nous avons connu une augmentation exceptionnelle l'an dernier, à peu près du même ordre de grandeur.

Les ventes de services sont également à la baisse, suite à l'arrêt de la facturation des ventes de services de laboratoires interétablissement. Cet arrêt de la facturation découle de décision du ministère et l'impact a été compensé par une subvention par l'Agence.

Peu de variations significatives au niveau des dépenses méritent d'être analysées.

La compression budgétaire découlant de l'application de la Loi 100 s'est traduit par des mesures touchant exclusivement les dépenses de nature administrative dans les centres ciblés et ailleurs dans l'organisation.

En terminant, soulignons que le total des dons remis à l'établissement par la Fondation de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont s'élève à 5 460 704 \$.

8. CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions. Il est suggéré que chaque membre du conseil signe un engagement.

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

1. Le membre du conseil d'administration doit témoigner d'un constant souci du respect de la dignité et de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;
2. Le membre du conseil d'administration doit participer activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en oeuvre des orientations générales de l'établissement;
3. Le membre du conseil d'administration doit agir de façon courtoise et maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction
4. Le membre du conseil d'administration doit agir avec soin, intégrité, honneur, dignité, probité et impartialité;
5. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de rigueur, de prudence et d'indépendance;
6. Le membre du conseil d'administration doit être loyal et intègre envers les autres membres du conseil d'administration et ne doit en aucun temps surprendre la bonne foi ou se rendre coupable envers eux d'un abus de confiance et de procédés déloyaux;
7. La conduite d'un membre du conseil doit être empreinte d'objectivité et de modération;
8. Le membre du conseil d'administration doit préserver la confidentialité des débats, échanges et discussions

DEVOIRS SPÉCIFIQUES

1. Les mesures de prévention

1. Le membre du conseil d'administration doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés;
2. Le membre du conseil d'administration doit dissocier l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration de la promotion et l'exercice

de ses activités professionnelles ou d'affaires;

3. Le membre du conseil d'administration doit faire preuve de réserve et de prudence à l'occasion de représentations publiques relatives à l'établissement;
4. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il peut trouver un avantage personnel, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
5. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect significatif dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit dénoncer par écrit son intérêt au président du conseil d'administration ou au directeur général;
6. Le membre du conseil d'administration qui a un intérêt direct ou indirect significatif dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'établissement doit s'abstenir de siéger au conseil et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet de son intérêt est débattue;
7. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires significatifs qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement; le simple actionnariat sans position de contrôle ou d'influence substantielle n'est pas considéré significatif;
8. Le membre du conseil d'administration doit déposer devant le conseil une déclaration écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec l'établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires significatifs au sens de l'alinéa précédent.

2. L'identification de situations de conflits d'intérêts

1. Le membre du conseil d'administration doit éviter toute situation pouvant compromettre sa capacité d'exercer ses fonctions spécifiques de façon objective, rigoureuse et indépendante;
2. Le membre du conseil d'administration, lorsqu'une atteinte à son objectivité, à la rigueur de son jugement ou à son indépendance en tant que membre du conseil d'administration pourrait résulter notamment des relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires,

de toute communication publique d'une idée ou d'une opinion ou de toute manifestation d'hostilité ou de favoritisme, doit déclarer cette situation et s'abstenir de participer aux délibérations et décisions sur l'objet en cause;

3. Le membre du conseil d'administration doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir utilement ses fonctions sauf celles acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration;
4. Le membre du conseil d'administration doit s'abstenir de toute activité déclarée par la loi ou les règlements comme étant incompatible, ou qui est autrement manifestement incompatible avec l'exercice de ses fonctions au sein du conseil d'administration;
5. Le membre du conseil d'administration doit sauvegarder en tout temps son indépendance et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts. Sans restreindre la généralité de ce qui précède, un membre du conseil d'administration:
 - est en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté pour des motifs autres que le bien de l'établissement ou des bénéficiaires à préférer certains d'entre eux, ou que son jugement et sa loyauté envers l'établissement peuvent être défavorablement affectés,
 - n'est pas indépendant comme membre du conseil pour un acte donné, s'il y trouve un avantage personnel significatif, direct ou indirect, actuel ou éventuel;
6. Le membre du conseil d'administration ne doit pas tirer profit de sa fonction pour tenter d'obtenir un avantage pour lui-même ou pour autrui lorsqu'il sait ou s'il est évident que tel avantage va à l'encontre de l'intérêt de l'établissement ou de ses bénéficiaires;
7. Le membre du conseil d'administration ne doit pas accepter un avantage de qui que ce soit alors qu'il sait être consenti ou qui lui est manifestement consenti dans le but d'influencer sa décision;
8. Le membre du conseil d'administration ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle ou de documents confidentiels en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

3. Régir ou interdire des pratiques reliées à la rémunération de ces personnes

1. Le membre du conseil d'administration ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une

- ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté comme membre du conseil d'administration;
2. Le directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;
 3. Le membre du conseil d'administration qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'État de la valeur de l'avantage reçu.

4. Les devoirs et les obligations de l'après-mandat

1. Le membre du conseil d'administration doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;
2. Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'établissement et son conseil d'administration.

RÉGIME DE SANCTIONS

1. Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une norme prévu par le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner l'imposition d'une sanction;
2. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président de conseil d'administration;
3. Le président ou le vice-président peut désigner une ou des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation et aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie; le membre du conseil qui fait l'objet d'une telle enquête doit y collaborer loyalement;
4. Le membre du conseil d'administration qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête;
5. Les personnes désignées doivent adresser un rapport au président ou au vice-président du conseil d'administration, selon le cas;
6. Le président ou le vice-président, en tenant compte des informations reçues et du rapport d'enquête, le cas échéant, peut constituer un

- comité formé de trois administrateurs qu'il désigne;
7. Le comité notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions législatives ou réglementaires ou à celles du code d'éthique et de déontologie. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans les trente jours, fournir par écrit ses observations au comité et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement aux manquements reprochés;
 8. Sur conclusion que l'administrateur a contrevenu à la loi ou au code d'éthique et de déontologie, le comité recommande aux membres du conseil d'administration d'imposer une sanction à l'administrateur concerné;
 9. La sanction peut consister en une réprimande, une suspension, une révocation, une déchéance de charge ou toute autre sanction jugée appropriée, selon la gravité et la nature de la dérogation;
 10. Toute sanction doit être communiquée par écrit au membre du conseil d'administration concerné.

ENQUÊTE ET IMMUNITÉ

1. Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;
2. Les personnes qui effectuent les enquêtes ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions sont tenues de faire l'affirmation solennelle de discrétion selon la formule contenue à l'annexe du présent code ou de toute autre formule au même effet.

LA PUBLICITÉ DU CODE

1. L'établissement doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande;
2. L'établissement doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration;
3. Le rapport annuel de l'établissement doit faire état:
 - a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
 - b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
 - c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions

imposées;

- d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Au cours du dernier exercice, il n'y a pas eu de manquement à ce code d'éthique et de déontologie constaté par les instances disciplinaires.

ANNEXE 1 : Résultats et cibles concernant l'Entente de gestion

INDICATEURS PROGRAMME	Résultats 2010-2011	Cibles 2010-2011
Santé publique		
Mise en place d'un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	100%	100%
Mise en place d'un programme structuré de contrôle des infections nosocomiales	100%	100%
Perte d'autonomie liée au vieillissement		
Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus	4,73%	Moins de 5%
Programme de santé mentale		
Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes ayant reçu ces services	34	40
Séjour moyen sur civière	32 heures	Moins de 11 heures
Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	21%	1%
Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2 ^e et 3 ^e ligne est supérieur à 60 jours	12	5
Santé physique		
Infections nosocomiales		
Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de courte durée	0.9/100	1/100
Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de longue durée	N/A	1/250
Ratio du nombre ETC infirmières par nombre de lits de soins psychiatriques	0	1/250
Urgence santé physique		
Séjour moyen sur civière - tous	32	Moins de 11 heures
Séjour moyen sur civières des personnes de 75 ans et plus	41	Moins de 11 heures
Pourcentage de séjours de 48h et plus sur civière - tous	23%	1%
Pourcentage de séjours de 48h et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	35%	1%
Radio-oncologie		
Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	90%	90%
Cardiologie tertiaire adulte		
Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie Cat A	100%	100%
Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie Cat B	98%	90%
Volumes de chirurgies		
Nombre d'arthroplasties du genou et de la hanche	480	431
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	3462	4031
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	6820	6238
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	5418	5248
Chirurgies		
Pourcentage de patients traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	44,3%	90%
Pourcentage de patients traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	39,9%	90%
Pourcentage de patients traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	77%	90%
Pourcentage de patients traités dans les délais pour une chirurgie d'un jour (excluant cataractes)	96%	90%
Pourcentage de patients traités pour une chirurgie avec hospitalisation (sauf PTG, PTH et cataractes)	96,2%	90%
Ressources humaines – main-d'oeuvre		
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	4,84%	4,52%
Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	49,5%	80%
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel infirmier	7,68%	7,1%
Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel réseau	4,09%	4,61%
Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante en personnel infirmier	1,1%	2,08%
Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante pour les infirmières auxiliaires	0%	0%
Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante pour les préposés aux bénéficiaires	0,6%	1,92%

ANNEXE 2 : Extraits du rapport du vérificateur

Nom de l'établissement
HOPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

Code
1293-4659

Page
120-01

Rapport de l'auditeur indépendant - É/F et autres informations financières exercice terminé le 31 mars 2011
Fondement de l'opinion avec réserves

Comme mentionné à la note 3, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire et aux indemnités de départ à verser aux hors cadres admissibles au terme de leur engagement ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ce qui constitue une dérogation aux normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé, car l'information n'est pas disponible au niveau de l'établissement.

L'établissement a comptabilisé au solde de fonds d'exploitation au 31 mars 2011, un revenu de subvention et a ajusté le solde des montants à recevoir du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) d'un montant de 77 552 864 \$, sans retraitement des états financiers au 31 mars 2010, comme mentionné à la note 5. Afin de se conformer aux normes comptables canadiennes pour le secteur public, le revenu de subvention relatif à la prise en charge du solde déficitaire du fonds d'exploitation au 1er avril 2008 d'un montant de 77 552 864 \$, représentant le montant fixé par le décret gouvernemental 257-2010, aurait dû être comptabilisé rétroactivement avec retraitement des états financiers de l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Opinion avec réserves

À notre avis, à l'exception des incidences des problèmes décrits dans les paragraphes "Fondement de l'opinion avec réserves", les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont au 31 mars 2011, ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Autres points

Sans pour autant modifier notre opinion, nous attirons l'attention sur la note 3 des états financiers qui indique que l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont a adopté les normes comptables canadiennes pour le secteur public au 1er avril 2010. Nous n'avons pas pour mission de faire rapport sur les informations comparatives du 31 mars 2010, de sorte qu'elles n'ont pas été auditées.

Rapport de l'auditeur indépendant - É/P et autres informations financières Exercice terminé le 31 mars 2011
Rapport relatif à d'autres obligations légales ou législatives

Conformément à l'article 293 de la Loi sur la santé et les services sociaux du Québec, à l'Annexe 1 du Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux et sur la base des éléments probants obtenus lors de la réalisation de nos travaux d'audit sur les états financiers, à notre avis, dans tous les aspects significatifs, l'établissement s'est conformé :

- aux dispositions de la Loi susmentionnée et aux règlements s'y rapportant dans la mesure où en sont touchés ses revenus ou ses dépenses à l'exception du commentaire 1 à l'annexe;

- aux explications et aux définitions se rapportant à la préparation du rapport financier annuel;

- aux définitions contenues dans le Manuel de gestion financière publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans ses pratiques comptables.

Signature du cabinet

Samson Bélaï / Deloitte Etouche s.e.n.c.r.l.

Date du rapport de l'auditeur Le 14 juin 2011

Signature du cabinet

SAMSON BÉLAÏR / DELOITTE & TOUCHE S.E.N.C.R.L.
1, Place Ville Marie, bureau 3000
Montréal (Québec) H3B 4T9

Nom de l'auditeur

Michel Rioux, CA auditeur

NUMÉRO DU
COMMENTAIRE

COMMENTAIRES

1. L'établissement présente un excédent des charges sur les revenus des activités principales avant contributions provenant ou affectés à d'autres fonds de 4 046 943 \$.

Ce résultat va à l'encontre de l'article 4 de la Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux qui mentionne qu'aucun établissement public ne doit encourir de déficit à la fin d'une année financière.

Toutefois dans sa lettre de confirmation des débiteurs du 2 juin 2011, l'Agence confirme la cible déficitaire de 5,7 M \$.

Annexe au rapport de l'auditeur - Unités de mesure/hres travaillées, rémunérées exercice terminé le 31 mars 2011

NUMÉRO DU COMMENTAIRE	COMMENTAIRES
1.	L'unité de mesure "Unité technique provinciale" du sous-centre d'activités 6710 "Électrophysiologie" est compilée incorrectement.
2.	L'unité de mesure "Minutes de dictée" du sous-centre d'activité 7536 "Transcription médicale" n'a pu être auditée car le système informatique ne permet pas de conserver les documents de base.
3.	L'unité de mesure "Le traitement d'hémodialyse traditionnelle" du sous-comité d'activités 6791 "Hémodialyse traditionnelle en unité de dialyse" est compilée incorrectement.

Fonds d'exploitation - activités principales exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE
RÉSULTATS - SOMMAIRE

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIVITÉS PRINCIPALES		
REVENUS		
Agence et MSSS.....01	344,842,375	332,384,605
Usagers.....02	8,125,726	10,502,118
Ventes de services.....03	5,005,275	5,342,709
Recouvrements.....04	1,615,638	1,517,279
Donations.....05		
Subvention du Gouvernement fédéral.....06		
Autres revenus.....07	1,531,352	1,955,773
Total (L.01 à L.07).....08	361,120,366	351,702,484
.....09	XXXX	XXXX
.....10	XXXX	XXXX
.....11	XXXX	XXXX
CHARGES		
Salaires.....12	165,696,829	165,255,032
Avantages sociaux.....13	45,502,437	43,096,031
Charges sociales.....14	24,266,262	23,899,654
Médicaments.....15	25,658,635	25,536,076
Produits sanguins.....16	21,591,710	22,534,632
Fournitures médicales et chirurgicales.....17	28,364,621	26,903,710
Denrées alimentaires.....18	3,097,941	3,280,110
Créances douteuses.....19	425,910	614,785
.....20	XXXX	XXXX
.....21	XXXX	XXXX
.....22	XXXX	XXXX
.....23	XXXX	XXXX
.....24	XXXX	XXXX
Intérêts sur emprunts.....25	942,651	503,081
Entretien et réparations.....26	4,047,495	4,117,502
Autres charges.....27	45,572,818	43,625,408
TOTAL (L.12 à L.27).....28	365,167,309	359,366,021
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES (L.08 - L.28).....29		
	(4,046,943)	(7,663,537)

Renseignements à titre informatif seulement:

CONTRIBUTIONS DE L'AVOIR PROPRE ET INTERFONDS (au net):		
En provenance de l'avoir propre.....30		XXXX
Fonds immobilisations.....31	(1,652,149)	XXXX
Fonds affectés.....32		XXXX
Fonds de stationnement.....33		XXXX
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS PRINCIPALES APRÈS LES CONTRIBUTIONS DE L'AVOIR PROPRE ET INTERFONDS (L.29 À L.33).....34		
	(5,699,092)	XXXX

Fonds d'exploitation - activités accessoires exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

RÉSULTATS - SOMMAIRE

ACTIVITÉS ACCESSOIRES	Exercice	Exercice
	courant	précédent
	1	2
REVENUS		
Financement public et parapublic:		
Agence et MSSS.....01		
Fonds de recherche en santé du Québec.....02	1,981,182	1,597,627
Régie d'assurance maladie du Québec.....03	9,718,882	8,903,011
Gouvernement fédéral.....04	2,533,635	2,599,415
Autres.....05	8,626,684	8,761,301
Revenus commerciaux.....06	1,777,331	1,761,531
Revenus d'autres sources et revenus non répartis.....07	xxxx	3,910,905
Revenus d'autres sources:		
Donations.....08		xxxx
Autres revenus d'autres sources.....09	4,387,573	xxxx
Revenus non répartis:		
Agence et MSSS.....10	164,511	xxxx
Revenus de placement.....11		xxxx
Donations.....12		xxxx
Autres revenus non répartis (préciser).....13		xxxx
TOTAL (L.01 à L.13).....14	29,189,798	27,533,790
CHARGES		
Salaires.....15	15,877,209	14,913,378
Avantages sociaux.....16	2,559,473	2,441,298
Charges sociales.....17	2,157,410	2,019,696
Autres charges.....18	xxxx	xxxx
TOTAL (L.15 à L.19).....20	28,989,531	27,498,297
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES (L.14 - L.20).....21	200,287	35,493
Renseignement à titre informatif seulement:		
CONTRIBUTIONS DE L'AVOIR PROPRE ET INTERFONDS (AU NET):		
En provenance de l'avoir propre.....22		xxxx
Fonds d'immobilisations.....23		xxxx
Fonds affectés.....24		xxxx
Fonds de stationnement.....25		xxxx
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires après les contributions de l'avoir propre et interfonds(L.21 à L.25).....26	200,287	xxxx
FONDS D'EXPLOITATION - ACTIVITÉS PRINCIPALES ET ACCESSOIRES		
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) DU FONDS D'EXPLOITATION.....27	(3,846,656)	(7,628,044)
Renseignements à titre informatif seulement:		
Fonds d'exploitation - activités principales et accessoires		
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) du fonds d'exploitation après les contributions de l'avoir propre et interfonds.....28	(5,458,805)	(7,487,492)

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

SOLDE DE FONDS

	Activités principales	Avoir propre	Total (c1 + c2)
	1	2	3
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT.....01		(93,850,841)	(93,850,841)
ADDITIONS (DÉDUCTIONS)			
ACTIVITÉS PRINCIPALES:			
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre):			
- Établissements publics.....02		(4,046,943)	(4,046,943)
- Établissements privés conventionnés.....03	xxxx	0	0
Contributions interfonds au net:			
- Fonds d'immobilisations.....04	xxxx	(1,652,149)	(1,652,149)
- Fonds affectés.....05	xxxx		
- Fonds de stationnement.....06	xxxx		
ACTIVITÉS ACCESSOIRES:			
Excédent des revenus sur les charges (des charges sur les revenus) des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre).....07	xxxx	200,287	200,287
Contributions interfonds au net:			
- Fonds d'immobilisations.....08	xxxx		
- Fonds affectés.....09	xxxx		
- Fonds de stationnement.....10	xxxx		
AUTRES ÉLÉMENTS:			
Libération de surplus.....11			
Récupération de surplus.....12		xxxx	
Transferts interétablissements (préciser).....13	xxxx		
Autres opérations portant sur les capitaux propres - établissements privés conventionnés (préciser).....14	xxxx		
Contributions de l'avoir propre au fonds d'immobilisations.....15	xxxx		
Autres - établissements publics (détail p.676).....16			
Autres - établissements privés (détail p.676).....17	xxxx		
VARIATION DE L'EXERCICE (L.02 à L.17).....18		(5,498,805)	(5,498,805)
Redressements demandés par le MSSS.....19		77,552,864	77,552,864
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN (L.01 + L.18 + L.19).....20		(21,796,782)	(21,796,782)
RÉPARTITION DE L'AVOIR PROPRE:			
- Affectations origine interne - projets de recherche terminés.....21			
- Avoir propre non grevé d'affectations.....22		(21,796,782)	(21,796,782)

Fonds d'exploitation

exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

BILAN

	Exercice courant 1	Exercice précédent 2
ACTIF		
A COURT TERME		
Encaisse.....01	23,769,692	10,196,163
Placements temporaires.....02		
Débiteur-Agence et MSSS.....03	77,915,706	2,788,739
Autres débiteurs.....04	10,216,434	10,594,338
Charges payées d'avance.....05	1,096,861	741,300
Stocks.....06	4,618,027	4,805,715
Créances interétablissements (préciser).....07		
Créances interfonds.....08	812,190	5,282,270
Autres éléments.....09	2,975	833
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.09).....10	118,431,885	34,409,358
SUBVENTION À RECEVOIR-RÉFORME COMPTABLE.....11	24,468,866	24,077,169
PLACEMENTS A LONG TERME.....12		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....13	464,219	728,046
TOTAL DE L'ACTIF (L.10 à L.13).....14	143,364,970	59,214,573
PASSIF		
A COURT TERME		
Découvert de banque.....15		
Emprunts temporaires.....16	91,500,000	83,614,420
Créditeur - Agence et MSSS.....17		
Autres créditeurs.....18	60,750,097	57,069,429
Intérêts courus à payer.....19	70,180	34,908
Dettes interétablissements (préciser).....20		
Dettes interfonds.....21		
Revenus reportés - activités principales.....22	2,903,833	2,538,231
Revenus reportés - activités accessoires.....23	9,937,642	9,808,416
Autres éléments (préciser).....24		
Total du passif à court terme (L.15 à L.24).....25	165,161,752	153,065,414
A LONG TERME		
DETTES À LONG TERME.....26		
AUTRES ÉLÉMENTS DU PASSIF.....27		
TOTAL DU PASSIF (L.25 + L.26 + L.27).....28	165,161,752	153,065,414
SOLDE DE FONDS.....29	(21,796,782)	(93,850,841)
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS (L.28 + L.29).....30	143,364,970	59,214,573

Fonds d'immobilisations

Bilan

exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

	Exercice courant	Exercice précédent
	1	2
ACTIF		
A COURT TERME		
Encaisse.....		
Placements temporaires.....	3,179	
Débiteur-Agence et MSSS.....		
Autres débiteurs.....	0	1,479,173
Charges payées d'avance.....	3,912,895	1,437,717
Créances interfonds.....	397,471	545,990
Autres éléments.....	0	
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.07).....	4,313,545	3,948,880
IMMOBILISATIONS.....		
SUBVENTION À RECEVOIR (PERÇUE D'AVANCE) - RÉFORME COMPTABLE.....	243,152,618	231,415,594
PLACEMENT À LONG TERME.....	(2,006,711)	(8,385,248)
FRAIS REPORTÉS D'ÉMISSION ET D'ESCOMPTE SUR OBLIGATIONS.....		
AUTRES ÉLÉMENTS D'ACTIF.....	332,287	104,879
TOTAL DE L'ACTIF (L.08 à L.13).....	245,791,739	227,084,105
PASSIF		
À COURT TERME		
Découvert de banque.....	5,101,762	5,101,762
Emprunts temporaires.....	37,108,813	49,764,705
Créditeur-Agence et MSSS.....	0	
Autres créditeurs.....	11,865,527	4,309,295
Dettes interfonds.....	3,889,489	7,721,511
Avances de fonds en provenance de l'agence - Enveloppes décentralisées.....	xxxx	xxxx
Autres éléments.....	7,162,638	4,724,306
Intérêts courus à payer.....	1,886,107	1,360,356
Total du passif à court terme (L.15 à L.23).....	67,014,336	72,981,935
À LONG TERME		
Revenus reportés - Gouvernement fédéral.....		
Autres revenus reportés.....	11,609,740	9,526,225
Passifs environnementaux.....		xxxx
Dettes à long terme.....	169,023,723	146,097,045
Moins:		
Fonds d'amortissement du Gouvernement (chiffre négatif).....	(2,009,760)	(1,674,800)
Dettes nettes (L.28 + L.29).....	167,013,963	144,422,245
Total du passif à long terme (L.25 + L.26 + L.27 + L.30).....	178,623,703	153,948,470
TOTAL DU PASSIF (L.24 + L.31).....	245,638,039	226,930,405
SOLDE DE FONDS.....		
TOTAL DU PASSIF ET SOLDE DE FONDS (L.32 + L.33).....	245,791,739	227,084,105

exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

BILAN

AUTRES FONDS

	1	2	3	4	5	6
	Fonds de dotation	Fonds à destination spéciale	Fonds affectés	Fonds en fiducie	Fonds de stationnement	Total (C.1 à C.5)
A TIF						
A COURT TERME						
Encaisse				170,157		170,157
Placements temporaires			130,003			130,003
Médecin-Agence ou MSSS	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autres débiteurs						
Partenaires établis - publics			19,225	XXXX	3,058,074	3,077,299
Prêts et avances			48			48
Autres éléments			149,276	170,157	3,058,074	3,377,507
Total de l'actif à court terme (L.01 à L.07)			XXXX	XXXX	XXXX	
PREVOUS (préciser)						
PLACEMENTS A LONG TERME						
AVRES ÉLÉMENTS D'ACTIF						
Total de l'actif (L.08 à L.11)			149,276	170,157	3,058,074	3,377,507
PASSIF						
A COURT TERME						
De couvert de banque				XXXX		
Emprunts temporaires				XXXX	XXXX	
Médecin-Agence ou MSSS	XXXX	XXXX		XXXX	XXXX	
Autres créditeurs						
Salaires courus à payer						
Fonds des services de santé à payer (FSS)						
Autres créditeurs						
Partenaires établis - publics						
Prêts et avances courus à payer						
Financement Québec				XXXX	XXXX	
Autres				XXXX	XXXX	
Sommes confiées en fiducie à l'établissement				170,157	XXXX	170,157
Autres éléments				XXXX	XXXX	
Total du passif à court terme (L.13 à L.26)				170,157		170,157
A LONG TERME						
Revenus reportés						
Autres éléments						
Total du passif à long terme (L.28 + L.29)					XXXX	
Total du passif (L.27 + L.30)						
Somme de fonds		0	149,276	XXXX	3,058,074	3,207,350
Total du passif et du solde		0	149,276	170,157	3,058,074	3,377,507
DE FONDS (L.31 + L.32)						

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

RÉSULTATS REGROUPÉS

	Exploitation 1	Immobili- sations 2	Affectés 3	Dotation 4
REVENUS				
Agence et MSSS.....01	345,006,886	20,593,303		XXXX
Usagers.....02	8,125,726	XXXX	XXXX	XXXX
Ventes de services.....03	5,005,275	XXXX	XXXX	XXXX
Recouvrements.....04	1,615,638	XXXX	XXXX	XXXX
Donations.....05		1,577,423	XXXX	XXXX
Revenus de placement.....06			676	XXXX
Revenus commerciaux.....07	1,777,331	XXXX	XXXX	XXXX
Gain sur dispositions.....08	XXXX		XXXX	XXXX
Gouvernement fédéral.....09	2,533,635		XXXX	XXXX
Autres revenus.....10	26,245,673			
TOTAL (L.01 à L.10).....11	390,310,164	22,170,726	676	
CHARGES				
Salaires.....12	181,574,038	XXXX		XXXX
Avantages sociaux.....13	48,061,910	XXXX		XXXX
Charges sociales.....14	26,423,672	XXXX		XXXX
Médicaments.....15	25,658,635	XXXX	XXXX	XXXX
Produits sanguins.....16	21,591,710	XXXX	XXXX	XXXX
Pouritures médicales et chirurgicales.....17	28,364,621	XXXX	XXXX	XXXX
Denrées alimentaires.....18	3,097,941	XXXX	XXXX	XXXX
Entretien et réparation.....19	4,047,485	375,541	XXXX	XXXX
.....20	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Intérêts sur emprunts.....21	942,651	7,899,526	XXXX	XXXX
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations.....22	XXXX	29,896	XXXX	XXXX
Perte sur dispositions.....23	XXXX		XXXX	XXXX
Amortissement des immobilisations.....24	XXXX	15,493,644	XXXX	XXXX
Créances douteuses.....25	425,910	XXXX	XXXX	XXXX
Autres charges.....26	53,968,237			XXXX
TOTAL (L.12 à L.26).....27	394,156,820	23,798,607		XXXX
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) (L.11 - L.27).....28	(3,846,656)	(1,627,881)	676	

Tous les fonds

exercice terminé le 31 mars 2011 - AUDITÉE

RÉSULTATS REGROUPÉS (suite)

	Destination spéciale	Stationnement	Total
			[P.610 C1 à C4+]
			[P.611 C1 + C2]
1	2	3	
REVENUS			
Agence et MSSS.....01	XXXX	XXXX	365,600,189
Usagers.....02	XXXX	XXXX	8,125,726
Ventes de services.....03	XXXX	XXXX	5,005,275
Recouvrements.....04	XXXX	XXXX	1,615,638
Donations.....05	XXXX	XXXX	1,577,423
Revenus de placement.....06	XXXX		676
Revenus commerciaux.....07	XXXX	XXXX	1,777,331
Gain sur dispositions.....08	XXXX	XXXX	
Gouvernement fédéral.....09	XXXX	XXXX	2,533,635
Autres revenus.....10	XXXX	1,195,293	27,440,966
TOTAL (L.01 à L.10).....11	XXXX	1,195,293	413,676,859
CHARGES			
Salaires.....12	XXXX	XXXX	181,574,038
Avantages sociaux.....13	XXXX	XXXX	48,061,910
Charges sociales.....14	XXXX	XXXX	26,423,672
Médicaments.....15	XXXX	XXXX	25,658,635
Produits sanguins.....16	XXXX	XXXX	21,591,730
Fournitures médicales et chirurgicales.....17	XXXX	XXXX	28,364,621
Denrées alimentaires.....18	XXXX	XXXX	3,097,941
Entretien et réparation.....19	XXXX	XXXX	4,423,036
.....20	XXXX	XXXX	XXXX
Intérêts sur emprunts.....21	XXXX	XXXX	8,842,177
Amortissement des frais d'émission et escompte sur obligations.....22	XXXX	XXXX	28,896
Perte sur dispositions.....23	XXXX	XXXX	
Amortissement des immobilisations.....24	XXXX	XXXX	15,493,644
Créances douteuses.....25	XXXX	XXXX	425,910
Autres charges.....26	XXXX	XXXX	53,968,237
TOTAL (L.12 à L.26).....27	XXXX	XXXX	417,955,427
EXCÉDENT DES REVENUS SUR LES CHARGES (DES CHARGES SUR LES REVENUS) (L.11 - L.27).....28	XXXX	1,195,293	(4,278,568)

ANNEXE 3 : Statistiques hospitalières

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Admissions			
- Psychiatrie	325	369	362
- Longue durée	424	419	99
- Nouveau-nés	2 948	2 718	3 008
- Courte durée	20 283	19 427	20 163
Total	23 980	22 933	23 632
Jours-présence (en courte durée)	165 126	164 266	174 320
Séjour moyen (en courte durée)	8,14	8,37	8,65
Urgence			
- Psychiatrie (pavillon Rosemont seulement)	408	465	475
- Ophtalmologie	4 932	3 593	4 421
- Général	66 010	61 212	61 823
Total	71 350	65 270	66 719
Activités ambulatoires			
- Unité de médecine familiale	21 331	21 215	21 785
- Pédiatrie	36 376	35 306	33 212
- Ophtalmologie	56 927	61 754	62 393
- Médecine	71 611	72 272	70 067
- Médecine de jour	32 205	30 843	32 066
- Hémato-oncologie	44 034	43 217	44 864
- Gynécologie – Obstétrique	26 829	27 845	24 620
- Chirurgie – Urologie – Cystoscopie	52 995	50 208	51 508
- Autres	14 682	14 902	15 072
Total	356 990	357 562	355 587
Chirurgie			
- Chirurgies d'un jour	10 753	10 616	10 258
- Chirurgies avec hospitalisation	6 148	5 938	5 922
Total	16 901	16 554	16 180
Oncologie			
- Greffes de moelle osseuse	155	148	128
- Traitements radio-oncologie	243 169	256 975	260 695
- Visites hématologie	44 034	43 217	44 864
Néphrologie			
- Greffes du rein	33	35	49
- Traitements d'hémodialyse	55 484	57 404	56 634
- Traitements de dialyse à domicile	17 476	17 543	19 196
Ophtalmologie			
- Greffes de cornée	60	158	195
- Chirurgies de la cataracte	4 155	3 713	3 462
- Visites cliniques externes	56 927	61 754	62 393

